

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

209

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 10 Avril 1907, à 1 heure

PAR

Henri CHEVILLOTTE

Ancien Externe des Hôpitaux
Médaille de bronze de l'Assistance publique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

**Rupture Spontanée des Tumeurs Liquides
DE L'OVAIRE**

(Rupture Intra-Péritonéale)

Président : M. SEGOND, professeur

Juges { MM. RECLUS, professeur
LEGUEU, agrégé
MAUCLAIRE, agrégé

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1907

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

209

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 10 Avril 1907, à 1 heure

PAR

Henri CHEVILLOTTE

Ancien Externe des Hôpitaux
Médaille de bronze de l'Assistance publique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

**Rupture Spontanée des Tumeurs Liquides
DE L'OVAIRE**

(Rupture Intra-Péritonéale)

Président : M. SEGOND, professeur

MM. RECLUS, professeur

Juges

LEGUEU, agrégé

MAUCLAIRE, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUE

15, RUE RACINE, 15

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE
Professeurs		MM.
Anatomie		POIRIER
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale		GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD
Pathologie médicale	}	HUTINEL
		BRISSAUD
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL
Histologie		MATHIAS DUVAL
Operations et appareils		SEGOND
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		GILBERT
Hygiène		CHANTEMESSE
Médecine légale		THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie		DEJERINE
Pathologie expérimentale et comparée		ROGER
		HAYEM
Clinique médicale	}	MEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
Maladies des enfants		GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND
		LE DENTU
Clinique chirurgicale	}	TERRIER
		BERGER
		RECLUS
Clinique ophtalmologique		DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		ALBARRAN
Clinique d'accouchements	}	N...
		PINARD
Clinique gynécologique		POZZI
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON
Clinique thérapeutique		ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DESGREZ	LEGRY	PROUST
BALTHAZARD	DUPRE	LEGUEU	RENON
BRANCA	DUVAL	LÉPAGE	RICHAUD
BEZANÇON	FAURE	MACAIGNE	RIEFFEL, chef
BRINDEAU	GOSSET	MAILLARD	des travaux anat.
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MARION	TEISSIER
CARNOT	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CLAUDE	LABBE	MERY	VAQUEZ
CUNEO	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH
DEMELIN	LAUNOIS	POTOCKI	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

En témoignage de reconnaissance et d'affection.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
RUPTURE SPONTANÉE

INTRODUCTION

Parmi les nombreuses complications qui peuvent survenir au cours de l'évolution des kystes de l'ovaire ou des collections liquides enkystées ovariennes ou péri-ovariennes, il en est une qui a déjà été signalée et décrite, et sur laquelle nous voudrions revenir, c'est la rupture spontanée de ces collections.

Cet accident est, en effet, relaté dans toutes les publications classiques et autres qui traitent de ces affections génitales de la femme. Nous avons pensé néanmoins qu'il convenait encore de mettre en lumière tous les faits nouveaux concernant cette complication et d'en tirer des déductions intéressantes au point de vue étiologique et pathogénique, pronostique et thérapeutique.

Nous avons été amené à faire de ces matières le sujet de notre thèse inaugurale par ce fait qu'au cours de notre année d'Externat, 1905-1906, il nous a été

donné d'observer deux cas de rupture spontanée de kystes ovariens, dans le service de M. le Dr Potherat à l'hôpital Broussais. Autour de ces deux cas, nous avons pu grouper d'autres observations, dont plusieurs encore inédites que nous devons à l'obligeance de notre maître, et c'est de cet ensemble, et en tenant compte des travaux déjà publiés, que nous avons tiré le travail que nous présentons aujourd'hui. Aidé des précieux conseils que nous a prodigués M. le Dr Potherat, et grâce au profit que nous avons retiré de son enseignement si clinique, nous avons pu mener à bien ce travail. Que cet excellent Maître — à qui nous adressons nos plus vifs remerciements — soit assuré de notre affectueuse reconnaissance, dont nous lui sommes redevable, d'ailleurs, à bien des titres.

Nous n'avons eu nullement l'idée de faire de la rupture des kystes de l'ovaire une étude d'ensemble, si magistralement traitée par ailleurs. C'eût été un travail bien au delà des limites que nous nous sommes volontairement tracées. Nous avons voulu seulement jeter dans le domaine scientifique les faits personnels que nous avons pu recueillir, les expliquer d'une manière qui nous a paru rationnelle, en tirer les conclusions qui nous semblent devoir en découler au point de vue surtout des conséquences de la rupture et du traitement qu'il convient d'instituer, soit pour la prévenir, soit pour en combattre, s'il y a lieu, les effets.

C'est donc sur quelques points que portera plus

spécialement cette étude qui ne doit être envisagée que comme une contribution à un sujet vaste et déjà traité dans ses parties principales.

De même, nous n'envisagerons pas toutes les formations kystiques dont l'ovaire ou le parovarium peuvent être le siège. Nous insisterons surtout sur celles d'une importance assez considérable pour que leur rupture déverse dans l'abdomen une quantité véritablement notable de liquide.

Tel est le but que nous nous sommes proposé en écrivant cette thèse. Nous espérons avoir réussi dans notre projet, et pouvoir, par ce travail, apporter une modeste mais réelle et utile contribution à l'étude de la pathologie pelvienne de la femme sur un point particulièrement intéressant.

Avant d'aborder notre sujet, nous nous faisons un devoir d'offrir à tous les maîtres que nous avons eus dans les hôpitaux le témoignage de notre très vive reconnaissance. Nous prions plus particulièrement MM. les professeurs Pinard et Hutinel, M. le professeur agrégé Dupré, M. le D^r Landrieux, médecin de l'hôpital Lariboisière, M. le D^r Balzer, médecin de l'hôpital Saint-Louis, qui, en formant notre éducation médicale ont été pour nous des maîtres si bienveillants, d'agréer, ici, l'hommage de notre respectueuse gratitude.

M. le professeur Segond, qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse, nous a fait un très grand honneur dont nous lui sommes profondément reconnaissant.

CHAPITRE PREMIER

Historique et Fréquence de la Rupture

Pendant bien des années, et, en fait, jusqu'à la deuxième partie du siècle dernier, le diagnostic entre les kystes de l'ovaire et les collections enkystées du péritoine paraît avoir été rarement fait pendant la vie ; de même, la rupture des formations kystiques de l'ovaire n'était pas diagnostiquée. Nous ne devons pas, en effet, en être surpris, puisque le long chapitre de la pathologie chirurgicale de l'abdomen était, pratiquement, peu connu, et que le seul soulagement dont bénéficiait, en l'occurrence, les malades, consistait en une simple ponction.

Pendant longtemps aussi, on eut de grandes tendances à considérer que le plus grand nombre des inondations péritonéales, à point de départ génital, reconnaissaient pour cause la rupture d'une grossesse tubaire ; mais le patrimoine des connaissances chirurgicales s'étant accru, on fit, dans ce cadre étiologique, une place importante à la rupture des tumeurs liquides de l'ovaire.

Depuis le mémoire de Spiegelberg (*Archiv. für*

gynækol., 1870), depuis celui de Nepveu, qui en rapportait 155 cas (*Annales de gynécologie*, 1875), cette complication a souvent été notée et de nombreuses observations en ont été publiées dans des travaux très documentés (1). C'est ainsi que Düffner en a recueilli 221 cas ; et Storer (*Boston. Med. et Surg. J.*, 1897, vol. CXXXV) 108. Fossard, dans son excellente thèse en rapporte 25 ; Young (*Boston Med. J.* 1904) en a rassemblé, dans la littérature de 1893 à 1904, 42 observations ; nous-même, de 1901 à 1906, en avons relevé, tant en France qu'à l'étranger, dans les publications périodiques ou communications aux sociétés savantes, 39 cas.

Quoi qu'il en soit, si l'on sait que les kystes de l'ovaire, dont les causes sont d'ailleurs encore totalement inconnues, se développent à toutes les périodes de la vie, mais principalement pendant la période d'activité sexuelle de la femme, on ne peut affirmer qu'il y ait plus de ruptures dans l'une que dans l'autre ; et ces ruptures, pas plus que les kystes eux-mêmes ne semblent être plus fréquentes chez les multipares que chez les infécondes et les vierges. Jenkins (*Am. Jour. Obstet.*, 1883) rapporte le cas d'une enfant de 3 ans et 4 mois et Young (*loc.*

1. M^{me} Waite. Thèse Paris, 1883.

Lair. Thèse Lyon, 1892.

Düffner. Thèse Nancy 1893.

Sgourdéos. Thèse Lyon, 1897.

Arnal. Thèse Paris, 1898.

Fossard. Thèse Paris, 1901.

cit.) celui d'une femme de 79 ans. Parmi les malades de nos observations personnelles l'une était âgée de 20 ans et une autre de 69 ans. Néanmoins on peut dire que, d'une façon générale, le nombre des cas est notablement moins fréquent avant 20 ans et après 60, et, pour être plus précis, que c'est entre 25 et 40 ans que la maladie atteint sa plus grande fréquence.

Non plus que pour l'âge il n'existe une relation bien évidente entre la fréquence de la rupture et le volume de la tumeur. Sans parler des petits kystes folliculaires et hématiques, dont l'accroissement continu n'a, au dire de Rollin, d'autres limites que celles de la résistance de leurs parois, et dont la déhiscence spontanée est d'observation si courante, ainsi que l'a montré M. Pozzi (*Traité de gynécologie*), il semblerait que les grosses tumeurs, plus exposées par exemple aux traumatismes, soient plus sujettes à se rompre. Il n'en est rien. La rupture s'observe dans toutes ; c'est ainsi que les kystes dermoïdes, de volume généralement très inférieur à celui des kystes multiloculaires et uniloculaires se rompent, suivant Sgourdéos (*loc. cit.*), dans une bien plus forte proportion que ces derniers. D'après la majorité des auteurs, cependant, ce sont les kystes multiloculaires qui fournissent le plus de ruptures. Sur 16 cas, Arnal (*loc. cit.*) signale :

- 12 fois le kyste multiloculaire ;
- 3 fois le kyste uniloculaire ;
- 1 fois le kyste dermoïde.

En tenant compte de tous ces faits, il nous semble donc que la rupture des kystes de l'ovaire n'est pas un phénomène aussi rare qu'on s'est plu à le dire. Nous ne pensons pas, comme certains auteurs l'affirment, (Haultain, *Edimb. M. J.* 1901) que c'est un épisode peu commun dans l'évolution de ces tumeurs, ou que comme le laisse entendre Young (*loc. cit.*) la rupture des gros kystes a été plus souvent relatée dans les traités que fréquemment soumise au contrôle de l'expérience chirurgicale. Toutefois, dire avec Schröder (*Maladies des org. génit. de la femme*, 1899) que c'est un accident journalier qui passe généralement inaperçu ou que l'on ne constate, le plus souvent, que par hasard, au cours d'une laparotomie, nous semble excessif.

Sans doute, depuis les progrès réalisés dans le manuel opératoire chirurgical, depuis que l'ovariotomie est le traitement de choix de toutes les tumeurs ovariennes, et que l'opération, plus bénigne, est pratiquée plus hâtivement, les accidents de cette nature ont dû diminuer de fréquence ; mais il nous semble qu'elle est toujours d'actualité cette phrase que Tillaux, en 1894, écrivait dans son *Traité de Chirurgie clinique* (T. II, p. 196) : « Un accident, « dont il est bon d'être prévenu, c'est la rupture « spontanée de la poche ; il existe en effet des kystes « de l'ovaire déhiscent. »

CHAPITRE II

Considérations étiologiques et pathogéniques

Sous quelles influences un kyste de l'ovaire peut-il se rompre ? C'est chose encore assez discutée et dont l'interprétation, variable suivant les cas, n'est pas toujours facile, voire même possible.

Dans ses 221 cas, Düffner n'a pu trouver une cause à invoquer que 86 fois ; Storer que 30 fois sur 108 cas, et Young 16 fois sur 42 ; et encore, dans tous, la cause exacte était-elle souvent douteuse.

L'autopsie même, quand elle peut être faite, ne donne pas toujours des indications bien précises.

§ 1. — *Traumatismes.* — On a fait jouer au traumatisme un rôle effectif dans la production de la rupture. Ce rôle nous semble devoir être de moins en moins prédominant ; car, comme le dit M. C. Daniel (*Arch. gén. de Médecine*, juillet 1905) : « S'il est certain que
« le traumatisme très violent peut déterminer, dans
« quelques cas rares, la rupture d'un kyste à parois
« saines, par un mécanisme comparable à celui de
« l'éclatement d'une vessie sous l'influence d'un

« coup intense ; dans l'immense majorité des cas, « au contraire, il s'agit de kystes malades. » Gallard (*Leçons clin. sur les mal. des ov.*, 1886) avait déjà insisté sur les modifications de la paroi du kyste qui devaient préalablement exister, l'action du traumatisme lui paraissant souvent insuffisante. Et il est de fait qu'il s'agit très fréquemment de traumatismes légers. Ce ne sont donc, en général, que des « ruptures spontanées déguisées », suivant l'expression de M. Vuillième (Thèse de Paris, 1900), où le traumatisme n'est qu'une cause occasionnelle accessoire et secondaire.

Les auteurs décrivent (Nepveu, Fossard) :

Des traumatismes de cause : externe ou directe ;

Des traumatismes de cause : interne ;

Des traumatismes chirurgicaux ;

Des 86 cas dont Düffner a pu trouver la cause, on relate :

24 fois : traumatismes externes directs ou indirects (chute, coup de pied, etc.)

16 fois : traumatismes internes (efforts, mouvement brusque, etc.)

32 fois : la puerpéralité seule ou accompagnée d'un effort ou d'une intervention obstétricale.

10 fois : traumatismes chirurgicaux (exploration, ponction, etc...).

3 fois : la torsion du pédicule.

1 fois : la congestion menstruelle.

D'après Arnal, sur 51 cas 23 résultent de violences extérieures :

17 fois : chute d'une voiture, d'une échelle, dans un escalier.

3 fois : coup de pied atteignant l'abdomen.

1 fois : renversement par un cheval.

1 fois : pression d'une ceinture hypogastrique.

1 fois : voiture passant directement sur le ventre.

Les traumatismes externes sont donc les plus nombreux et leur variabilité est extrême.

Quant aux traumatismes internes « physiologiques » de Nepveu, c'est l'effort qui joue le rôle capital : l'action combinée de la sangle abdominale et de la contraction du diaphragme augmentant brusquement la pression dans la cavité péritonéale, fait éclater le kyste à son point de moindre résistance. Nos observations III et VI (rupture produite au moment où les malades se retournaient dans leur lit), peuvent prendre place dans ce cadre et s'ajouter à la liste déjà longue des cas rapportés par les auteurs.

Les ruptures par traumatismes chirurgicaux, si l'on en excepte les perforations consécutives à la ponction du kyste, fait rare aujourd'hui, peuvent être divisées en trois groupes :

1° Traitements intempestifs (massage, frictions, etc.);

2° Soins pré-opératoires (brossage ou lavage de la paroi abdominale trop énergiques, etc.) ;

3° Explorations chirurgicales (spéculum, toucher, palper simple ou bimanuel);

Nos observations II et VII rentrent dans ce der-

nier groupe ; un simple toucher rectal a déterminé l'affaissement subit de la tumeur.

Les traumatismes obstétricaux, qui peuvent être rattachés aux précédents, méritent une mention particulière.

La coexistence des kystes ovariques et de la grossesse n'est pas rare et parfois est fort périlleuse. Si plusieurs observations (Pinard, Spencer Wells, Bouilly) ont montré que l'existence d'une tumeur ovarique, petite ou grosse, pouvait n'apporter aucune entrave au cours de la grossesse et de l'accouchement, il faut cependant se garder, en la circonstance, d'un optimisme dont on pourrait avoir à se repentir. « Les « kystes de l'ovaire, disent MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage (*Précis d'Obstétr.*, 1900, p. 991) se « compliquent plus facilement au cours de la grossesse qu'en dehors de la gravidité, par suite de « leur voisinage avec la tumeur constituée par l'utérus gravide : c'est ainsi qu'ils peuvent présenter « des hémorragies, suppurer et surtout se rompre. » La rupture revêt une évolution relativement bénigne en ce qui concerne les kystes à contenu séreux, et en particulier les kystes parovariens, mais tout à fait grave pour les kystes dermoïdes ; car, ainsi que le fait remarquer Sgourdéos (*loc. cit.*), toutes les substances toxiques contenues dans ces kystes et qui se déversent dans le péritoine provoquent une péritonite à peu près fatalement mortelle. Et, fait important à noter, les kystes dermoïdes s'observent fré-

quemment au cours de la grossesse (Tarnier, Budin. *Traité de l'art de l'acc.*, t. III). Mangin (*La Gynécologie*, juin 1896) donne une proportion de 36 o/o, alors qu'en dehors de la gravité, le rapport habituel des kystes dermoïdes aux autres kystes de l'ovaire serait de 3,5 o/o, d'après Olshausen, dont la statistique porte sur 3.000 cas.

La rupture se produit souvent au début de la gestation ; à ce moment, un kyste intra-pelvien, coincé entre l'utérus, dont le volume s'accroît progressivement, et les parois résistantes du bassin, peut éclater en son point faible. Pour MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage, la rupture serait, au contraire, plus fréquente à la fin de la grossesse ; les frottements répétés que l'utérus imprime au kyste finissent par provoquer son éclatement. D'ailleurs, la congestion de l'appareil génital qui existe normalement chez les femmes enceintes et qui est encore augmentée par l'existence d'une tumeur ovarique, favorise grandement la rupture ; les parois se ramollissent et la pression intra-kystique s'accroît, de ce fait, considérablement.

La torsion du pédicule, si fréquente pendant la grossesse par suite du déplacement et du refoulement de la tumeur ovarienne, est encore une cause de rupture, soit en produisant des hémorragies interstitielles et intra-kystiques, et, par suite, une augmentation de pression à laquelle les parois ne peuvent résister, soit en ischémiant ces dernières et en en provoquant la gangrène.

Pendant le travail et la période d'expulsion, la contraction de l'utérus aidée de celle des muscles abdominaux comprime, entre les parois du bassin et la partie fœtale qui se présente, le kyste, qui se rompt, à moins que ce dernier ne se déplace ou que sa faible tension ne lui permette une réduction suffisante pour que l'engagement de la présentation d'abord, l'expulsion du fœtus ensuite, puissent s'accomplir.

La rupture, plusieurs fois aussi, a été notée au cours d'accès éclamptiques (Sébileau, thèse Paris, 1889).

Cette complication est plus néfaste encore quand des adhérences ont fixé la tumeur au petit bassin et aux organes voisins ; le kyste, en effet, par son défaut de mobilité, entrave l'accommodation, rend l'accouchement impossible et force la main de l'accoucheur, ce qui est loin d'être toujours avantageux ; car les interventions obstétricales (refoulement de la tumeur au-dessus de l'aire du détroit supérieur, version, forceps) ont, à leur actif, de nombreux cas de rupture (Baudelocque, *in* Kœberlé. *Nouv. diction. de méd. de Jaccoud*, t. XXV, 1879 ; Jetter, *Inaug.*, Tubingen, 1861. Rémy, thèse Paris, 1886).

Enfin, les ruptures qui s'observent pendant les suites de couches reconnaissent pour causes trois ordres de faits : 1° l'altération des parois des kystes qui se produit pendant la grossesse et aussi pendant l'accouchement, surtout s'il a été laborieux ; 2° l'infection utérine post-partum (Bouilly, *La Gynécol.*,

1896) ; 3° la torsion du pédicule ; torsion brusque, souvent observée. (Péan, *Leçons cliniques*.) Le kyste, par suite de l'involution utérine et de la laxité des parois abdominales, va pouvoir évoluer plus aisément, tordre ainsi son pédicule et se rompre.

§ 2. — *Altérations des parois kystiques*. — Nous venons donc de voir, en passant en revue les divers traumatismes auxquels sont exposés les kystes ovariens, qu'une autre condition est, dans l'immense majorité des cas, nécessaire pour produire leur rupture. Il faut que le kyste soit malade, qu'il y ait lésions de ses parois.

Quelles sont donc ces lésions et comment se produisent-elles ?

Tout d'abord, les kystes sont exposés à l'action des divers processus de dégénérescence ; ces derniers, on le conçoit facilement, font subir à leurs parois des modifications qui affaiblissent leur résistance et les prédisposent à des déchirures qui peuvent se produire, soit brusquement, soit lentement.

Ainsi que cela a été bien décrit par Spencer Wells et Mayne (*Dublin. Med. Gaz.*, 1857), l'obstacle apporté à la circulation par thrombose peut aboutir à la dégénérescence graisseuse, athéromateuse, calcaire et à la perforation par gangrène. Cette dégénérescence gangréneuse est surtout le fait de la torsion du pédicule ; les enveloppes de la tumeur, privées de l'apport sanguin nécessaire à leur vitalité, se sphacèlent et ne tardent pas à se rompre.

Quant à la dégénérescence néoplasique, elle est

liée à l'évolution des kystes de mauvaise nature. Par suite de la prolifération incessante des végétations intra et extra-kystiques, les parois de ces kystes, minces et friables, constituent une bien faible barrière pour lutter contre l'augmentation de pression qui en résulte à leur intérieur. Mais, en général, le kyste ne se rompt pas brusquement, et c'est plutôt par une infiltration lente à travers des parois amincies et nécrosées que se fait l'inondation péritonéale qui ne donne, d'ailleurs, pas lieu à des accidents immédiats très aigus. (Obs. I, IV, V, VII, VIII, IX.) A la suite de l'observation qu'il rapporte, M. Termier (*Dauphiné Médic.*, janv. 1902) s'exprime ainsi :
« Il est probable que sous l'influence d'un effort ou
« d'une fatigue, ou même de la simple distension de
« la poche, il s'est produit une première éraillure de
« la paroi du kyste avec issue dans le péritoine d'une
« petite quantité de liquide nocif ayant amené la
« première poussée péritonéale. Puis la malade,
« remise un peu, ayant marché, la rupture s'est
« complétée et le kyste s'est vidé dans l'abdomen,
« déterminant alors des symptômes d'empoisonne-
« ment grave... »

Les processus de dégénérescence ne sont pas seuls à provoquer des altérations des parois kystiques.

Les inflammations de voisinage peuvent aussi retentir sur les kystes ovariens, d'autant plus que, par le fait de lésions d'organes voisins (intestin, appendice, utérus, trompe, vessie), des poussées de péritonite produisent des adhérences, et de nom-

breux micro-organismes (bacille d'Eberth, colibacille, staphylocoque, streptocoque), peuvent pénétrer dans ses parois. « De plus il y a un rapport « direct entre l'inflammation des parois du kyste et « celle de son contenu, c'est-à-dire la suppuration du « liquide ; toute cause amenant l'une d'elles amènera fatalement l'autre. » (Fossart, *loc. cit.*).

Et d'ailleurs, les kystes ovariens sont d'autant plus exposés à l'infection que leur liquide est un excellent milieu de culture.

Les artères, les veines, les lymphatiques, sont encore des voies d'apport des micro-organismes ; enfin, et plus rarement aujourd'hui, il s'agit d'introduction directe de produits septiques (ponction, colpotomie).

Les kystes dermoïdes, de par leur texture et la nature de leur contenu ont une tendance très marquée à la suppuration. (Plannenstiel. *Veits Handsb. der gynæk.*, 1890, III.)

Plus lourds, moins volumineux que les cysto-épithéliomes, ils sont aussi plus prédisposés à la torsion du pédicule qui est, nous l'avons déjà noté, un facteur important de la rupture. Les veines sont les premières comprimées ; l'apport du sang artériel continuant à se faire, il se produit dans les enveloppes du kyste des phénomènes congestifs, et bientôt des hémorrhagies interstitielles et intra-kystiques qui amènent fatalement la rupture par suite de la tension interne exagérée. C'est par le même méca-

nisme qu'agissent souvent les traumatismes un peu violents, les ponctions.

Cette question de l'augmentation de pression nous paraît être de première importance, car elle explique le mécanisme d'un grand nombre de ruptures, surtout de kystes à contenu séreux.

Quelquefois, sans qu'il y ait d'altérations des parois bien apparentes, elle suffit, à elle seule, à provoquer l'éclatement de la tumeur. Mais, comme il est vraisemblable que les cellules du revêtement interne du kyste ne peuvent continuer à sécréter sous une très forte tension, il faut chercher un autre facteur adjuvant qui est, en général, le traumatisme. Il nous semble rationnel d'invoquer ce mécanisme en ce qui concerne la malade de notre observation II ; il s'agissait vraisemblablement d'un kyste parovarien qui, soumis à une tension probablement assez considérable, s'est rompu sous l'influence secondaire d'un traumatisme léger tel qu'un simple toucher rectal.

Une autre explication nous paraît, d'ailleurs, plus satisfaisante pour nombre de cas. Par suite du développement rapide d'un kyste, d'une sécrétion exagérée de ses cellules, et par conséquent d'une augmentation un peu brusque de pression à son intérieur, les vaisseaux ne peuvent s'accroître assez rapidement pour assurer une nutrition suffisante de ses enveloppes, qui, surdistendues, amincies et ischémées en certains points, finissent par céder.

C'est très vraisemblablement ce qui s'est produit

dans le cas rapporté par MM. Potherat et Lutaud (*Journal de Méd. de Paris*, 1904, n° 15. Obs. VI) et qu'ils font suivre des considérations suivantes : « Nous
« nous trouvons donc en présence d'un cas de rupture
« d'un kyste dû vraisemblablement à une altération
« vasculaire d'une portion de ses parois. En effet, la
« rupture se fit au niveau d'une zone circulaire abso-
« lument ischémique. Cette ischémie est probable-
« ment due au rapide développement du kyste. Ce
« dernier, en effet, n'était pas des plus volumineux,
« mais la malade remarquait que son ventre augmen-
« tait très rapidement. Il est donc à supposer que le
« développement des vaisseaux chargés de la nutri-
« tion de cette poche ne s'accrurent pas avec une
« rapidité suffisante, pour en assurer la circulation
« dans sa totalité, et que, sous l'excès de la tension
« du liquide, la poche creva en son point faible, au
« pôle opposé au pédicule. »

La perforation kystique qui s'est produite chez la malade de notre observation III doit s'expliquer d'une manière analogue, puisque la déchirure s'est faite en un point de la paroi qui paraissait être dépourvu de vaisseaux sanguins ; et, chose remarquable, ce ne fut pas au niveau de la masse néoplasique qu'eut lieu la rupture, mais en un point tout à fait opposé.

Dans certains kystes, comme nous le verrons plus loin, il se produit des ruptures à répétition. Lair (*loc. cit.*) considère que les cicatrices de ces anciennes ruptures sont autant de points faibles,

doués d'une vitalité précaire, qui sont tout indiqués pour céder à nouveau.

Il faut enfin noter que la rupture des kystes folliculaires et hématiques qui peut, d'ailleurs, — ainsi qu'en témoignent nos observations X et XI — présenter un certain caractère de gravité, survient en général sous l'influence d'une poussée congestive, particulièrement au moment des règles (kystes ménorrhagiques de Bœkel) et relève aussi d'une brusque augmentation de la tension intra-kystique. « Un fait capital, disent MM. Bauby et Castan (*Gaz. des Hôp.* Paris, 1903, p. 169) est, à chaque période « menstruelle, l'augmentation subite de la tumeur ; « lorsque celle-ci a atteint une certaine importance « cette poussée peut faire craindre la rupture ; elle « est d'une valeur clinique considérable. »

En résumé, c'est donc dans l'altération des parois des kystes qu'il faut rechercher la véritable cause de leur rupture, et les trois grands facteurs de cette altération sont :

- 1° L'augmentation rapide de la pression intra-kystique ;
- 2° L'infection ;
- 3° Les divers processus de dégénérescence.

CHAPITRE III

Des Formes Cliniques principales de la Rupture

Le mot de rupture implique une brusque solution de continuité ; or l'expression peut, quelquefois, paraître impropre, puisque, dans certain cas, c'est par de minuscules déchirures ou même par une infiltration lente à travers des parois altérées que le contenu du kyste se déverse dans l'abdomen.

Si, au contraire, on se trouve en présence d'un énorme kyste uniloculaire ou pauciloculaire, dont les parois se déchirent largement, l'inondation péritonéale se fait d'un seul coup et avec brusquerie.

La symptomatologie, on le conçoit facilement, dépendra donc du mode de rupture ; mais elle sera encore influencée par la nature du contenu kystique, par la cause de la perforation, le siège et l'étendue de l'orifice de rupture ; elle variera enfin, suivant que le kyste se videra dans la grande cavité du péritoine ou dans une cavité ou un viscère voisins.

Nous ne nous occuperons que de la rupture intrapéritonéale.

RUPTURE INTRA-PÉRITONÉALE

C'est la plus fréquente : d'après les cas publiés, on peut dire qu'elle a lieu dans une proportion de 80 o/o.

On observe quelquefois certains symptômes, de nature peu précise, qui sont en rapport avec l'imminence d'une rupture ; tels sont des nausées, des vomissements, des poussées fébriles, une douleur, d'intensité variable, pouvant se prolonger durant des mois. Ces signes prémonitoires sont considérés par certains auteurs (Hue, Thèse Paris, 1883) (H. Bennet) comme occasionnés par l'altération des parois, leurs ulcérations, la formation d'adhérences, et ils leur paraissent plutôt liés à la symptomatologie de la rupture extra-péritonéale.

§ 1. — *Rupture des kystes à contenu séreux ou séro-hématique.* — Un gros kyste uniloculaire séreux se rompt brusquement et inonde subitement la cavité péritonéale. Que se passe-t-il ?

Il peut arriver qu'au moment de la rupture, la femme éprouve une douleur vive et déchirante dans le ventre, douleur qui, quelquefois, correspond assez exactement au siège de la perforation et qui se généralise rapidement à tout l'abdomen, avec, ou non, des irradiations multiples. En même temps la malade peut accuser une sensation de rupture et de déchirure (faits de Troussau, Thompson), de craquement

(Labbé), d'épanchement (Landerer). Son visage, angoissé, se couvre de sueurs froides ; un vertige l'envahit et elle peut perdre connaissance pendant un temps plus ou moins long (de quelques secondes à un quart d'heure). On a même observé des cas où une syncope mortelle a été la conséquence de l'inondation brusque de la cavité péritonéale (Spencer-Wells). Les phénomènes réflexes peuvent donc être très intenses.

D'autres fois, une lésion vasculaire complique la rupture du kyste, et une hémorrhagie interne, avec tout son cortège symptomatique alarmant, vient encore aggraver la situation ; cette redoutable complication ne doit pas être étrangère aux cas de syncope ou de mort subite qui ont été rapportés.

Des accès convulsifs et des accidents hystériques secondaires ont encore été notés. (Hue, *loc. cit.*)

Mais la plupart du temps le tableau n'est pas aussi dramatique. Les symptômes sont moins accusés. La malade éprouve simplement une douleur peu intense, peu durable, très supportable, ou diverses sensations difficiles à analyser, et quelquefois même, l'accident se manifeste sans qu'aucun phénomène ne vienne le révéler (Obs. II.) A peine les malades de nos observations III et VI ont-elles accusé une sensation vague de déplacement et d'écoulement de liquide dans leur ventre à laquelle elles n'ont prêté d'ailleurs qu'une attention très passagère.

La rupture une fois produite, que constate-t-on à l'examen de l'abdomen ? On est en somme en pré-

sence d'une ascite et on en peut trouver tous les signes. Le ventre, à l'inspection n'est plus aussi tendu et n'a plus sa forme globuleuse ; il est aplati, étalé. La sensation de flot est nette, et la percussion décèle le liquide dans la région hypogastrique et les flancs, ainsi que son déplacement dans les changements de position que l'on fait exécuter à la malade.

La tumeur n'est généralement plus perçue à moins qu'elle ne se soit incomplètement vidée.

D'après M. Rémy, le toucher vaginal permettrait de constater que le cul-de-sac postérieur déprimé par le kyste, a repris sa situation et sa profondeur normales.

Par le toucher vaginal ou rectal (si on a affaire à une vierge) on peut percevoir la fluctuation renvoyée de la main qui palpe l'abdomen.

La symptomatologie consécutive revêt un aspect différent suivant l'état de septicité ou de toxicité du liquide épanché.

Le liquide des kystes ovariens est normalement aseptique, mais comme MM. Augé et Chavannaz l'ont démontré (Soc. de Biologie, juillet 1897) il peut être doué de propriétés très toxiques.

Dans le cas de kystes infectés, ou même de kystes dermoïdes, dont le contenu est des plus septiques, les symptômes d'une péritonite aiguë généralisée ne tardent pas à faire rapidement leur apparition. Le ventre devient de plus en plus douloureux, se météorise ; des nausées, des vomissements surviennent bientôt ainsi que des frissons. La température monte

à 39 ou 40 degrés ; le pouls devient fréquent, filiforme. Le facies se grippe, se cyanose ; les extrémités se refroidissent et les malades succombent au bout de quarante-huit, vingt-quatre et même douze heures. Une intervention hâtive peut seule les sauver.

En dehors de la mort subite, fait exceptionnel, ce ne sont pas à des phénomènes de shock que sont dus les cas mortels, comme le croyait Titt (*Lancet-London*, 1848. Vol. II) mais bien à l'infection péritonéale.

Dans des cas plus heureux, des adhérences ont pu se former qui ont enkysté le liquide ; la péritonite n'est plus généralisée ; c'est de la péritonite purulente localisée.

D'autres fois, le liquide épanché présentera un degré moindre de septicité et les phénomènes péritonéaux seront moins accentués. La douleur sera néanmoins vive et persistera longtemps, ainsi que le météorisme ; il y aura une légère élévation de la courbe thermique, des nausées, des vomissements, et la malade sera alitée pendant un laps de temps plus ou moins long.

Le liquide est-il aseptique, dénué de toxicité ? La réaction péritonéale sera nulle, et l'ascite se résorbera en totalité ; c'est ce qu'on observe le plus habituellement pour les kystes parovariens rompus, dont le contenu, ainsi que l'ont prouvé MM. Augé et Chavannaz, est à peu près inoffensif.

Les autres collections kystiques, à contenu sérieux

ou séro-hématique sont, d'ailleurs, pour la plupart très faiblement toxiques et la rupture a lieu sans incident ; il n'y a aucun symptôme péritonéal, aucune poussée fébrile ; M. Demons (*Gaz. des hôpit. Toulouse*, 1899, n° 42) a même observé, dans un cas, de l'hypothermie (36°-36°5). Les malades de nos observations II, III, VI, n'ont été, à la suite de la rupture, sous le coup d'aucun phénomène réactionnel.

Certaines femmes, chez qui plusieurs ruptures consécutives se produisent, n'en éprouvent aucun accident fâcheux. « Le plus souvent, dit Tillaux (*Traité de Chirurgie clinique*, 1894, T. II, p. 196) le liquide se « résorbe ; le ventre diminue et revient peu à peu à « l'état normal ; quelque temps après, le kyste se « remplit de nouveau, et les mêmes phénomènes « peuvent se reproduire. Dans un cas de ce genre, « une femme fut accusée d'avortement et je dus délivrer une attestation pour rétablir la vérité. »

Il existe plusieurs voies d'élimination du liquide épanché. La plus fréquente, peut-être, est la voie rénale ; la diurèse commence, en général, vingt-quatre heures après la rupture et dure cinq à six jours. L'élimination se fait quelquefois très rapidement, en quelques heures. (Cas de Martin. *Traité clin. des mal. des femmes*, traduction Varnier, p. 562.) Souvent aussi l'intestin est en cause et une diarrhée profuse peut se montrer pendant plusieurs jours. (Obs. I, V, VII.) On a noté enfin, mais plus rarement, de la salivation (Rémy et Hue), des sueurs abondantes, des pertes utérines (Moulonguet), de l'anasarque,

de la peptonurie (Küstner), de l'ictère hémaphéique (Boinet et Ferrand, Kœberlé).

§ 2. — *Rupture des kystes à contenu mucoïde.* —

Le chirurgien est souvent amené à examiner des malades qui se présentent à lui dans les conditions suivantes : ce sont des femmes qui ne peuvent, en général, préciser le début de leur mauvais état de santé ; qui ont vu leur ventre augmenter progressivement de volume, qui ont éprouvé des douleurs abdominales plus ou moins vives, survenant surtout par crises ; de la gêne respiratoire ; elles ont maigri, perdu leurs forces ; leur appétit a diminué. Puis, souvent, tout a paru s'arranger ; les malades ont noté une détente dans l'acuité de ces symptômes, après avoir constaté une diminution de volume de leur ventre et de véritables débâcles urinaires ou diarrhéiques. Mais au bout d'un certain temps, les mêmes phénomènes se montrent à nouveau, souvent avec plus d'intensité, et les malades, plus inquiètes, se décident à consulter.

On trouve, à l'examen, des signes nets d'ascite, et on a, dans presque tous les cas, l'impression de l'existence d'une tumeur sous-ombilicale ; au toucher l'utérus est fixé et les culs-de-sac vaginaux repoussés et empâtés. (Obs. I, IV, V, VII, VIII, IX.)

C'est le tableau qui donne généralement l'évolution de rupture d'une tumeur polykystique de l'ovaire, multiloculaire, aréolaire avec ou sans végétations extérieures. « Les kystes à contenu papillaire, écrit « Greig Smith (*Chirurgie abdominale*. Traduct. Val-

« lin, 1895) sont particulièrement sujets à se rompre à
« plusieurs reprises. » « N'est-il pas fréquent, dans les
« nombreuses laparotomies pratiquées dans les servi-
« ces de gynécologie pour kystes de l'ovaire, de voir
« la paroi de certaines loges du néoplasme si mince
« et si friable qu'elle se déchire au moindre contact,
« malgré toutes les précautions que puisse prendre la
« main du chirurgien, afin d'éviter l'effusion de leur
« contenu dans la séreuse ? Ne voit-on pas dans
« certains cas une pression très légère en un point
« amener des perforations des loges dans un point
« plus éloigné ? Il se fait ainsi spontanément, pour
« les tumeurs polykystiques, des perforations incen-
« santes de petits kystes superficiels, des ruptures
« de petites poches kystiques qui déversent leur
« produit de sécrétion dans le péritoine... » (Fos-
sard.)

Les poches de ces kystes peuvent donc se rompre insidieusement, par intervalles, sans phénomènes réactionnels immédiats bien intenses. De plus, et d'une façon concomitante, il se produit un liquide ascitique, soit sous l'influence de l'irritation de la séreuse péritonéale par les altérations de la surface externe des kystes, par les végétations en particulier (théorie de Ziembicki, Duplay, Terrier), soit par le fait d'une sécrétion des masses glandulaires que sont ces végétations (théorie de Quénu).

Tout ce liquide épanché dans le péritoine, cette ascite en un mot, peut devenir tel comme quantité qu'on est obligé de pratiquer la paracentèse de l'ab-

domen à cause de l'apparition de phénomènes de compression. C'est ainsi qu'on fit, en un an, quatre ponctions à la malade de l'observation IX.

Mais l'épanchement peut se résorber pour reparaître quelque temps après avec la même abondance. C'est à cette forme clinique de la rupture des kystes que MM. Quénu et Fossard ont donné le nom d'ascite à répétition.

Nous avons déjà vu comment se produisait la résorption d'un liquide intra-péritonéal ; elle peut d'ailleurs se faire au niveau d'une séreuse enflammée ou intacte.

En dehors de toute infection surajoutée de son contenu, la séreuse pariétale et viscérale présente des lésions plus ou moins intenses, de nature inflammatoire, et les adhérences que l'on rencontre au cours des laparotomies en sont une preuve manifeste. Le péritoine est épaissi, congestionné, granuleux ; des arborisations vasculaires parcourent les anses intestinales météorisées. (Obs. I, IV, V, VII, VIII, IX.)

L'ascite hématique, consécutive au suintement hémorrhagique des végétations papillaires intra-kystiques, irrite la séreuse et provoque la formation de néomembranes et d'adhérences, indices de poussées de péritonite.

L'ascite gélatineuse peut ne produire aucune lésion de la séreuse (ascite gélatineuse simple), mais le plus souvent celle-ci réagit et s'enflamme (ascite gélatineuse inflammatoire).

Il est intéressant de noter aussi que les différentes

loges des kystes multiloculaires peuvent renfermer des liquides de nature et d'aspect différents (limpide, purulent, gélatineux, colloïde), et le péritoine sera diversement influencé suivant la rupture de l'une ou l'autre de ces poches.

Dans tous ces cas, la réaction du péritoine se traduira par des signes d'intensité variable, douleurs, ballonnement du ventre, constipation, nausées, vomissements... qui sont, du reste, mentionnés dans toutes les observations que nous rapportons. Mais dans aucune, nous ne constatons d'hyperthermie bien accentuée, et il est permis de penser qu'il s'agit plutôt de phénomènes d'intoxication que d'infection à proprement parler.

D'ailleurs, chez tous ces malades, le facies est terveux, la perte des forces est considérable, l'amaigrissement souvent prononcé, l'appétit notablement diminué ; en un mot, l'état général est gravement atteint et donne l'impression d'une profonde intoxication de l'organisme.

On sait enfin combien nombre de ces formations kystiques sont susceptibles de dégénérer et d'évoluer comme de véritables néoplasmes malins, et « ces kystes dégénérés ne le cèdent en rien comme malignité à aucun cancer. » (Cohn. *Zeitsch. für geb.*, 1886, t. XII.)

Leur généralisation plus ou moins étendue ; l'implantation de noyaux de même nature que le contenu kystique sur le péritoine, l'épiploon, le mésentère ; l'apparition de greffes à distance, sur la plèvre

(Demons), les os (Thornton), le sein (Reclus), l'utérus (Heitz et Bender), donnent tout à fait l'aspect clinique des tumeurs de mauvaise nature.

Il n'est donc pas étonnant que ces malades succombent du fait de la déchéance organique inévitable si les progrès n'en sont entravés précocement par l'extirpation de semblables tumeurs.

§ 3. — *Rupture des kystes hématiques et folliculaires.* — « S'il est fréquent, au cours d'une laparotomie, de rencontrer de petits kystes sanguins des ovaires, « il est rare d'observer de grands kystes sanguins et il est exceptionnel de voir une « hémorrhagie intra-péritonéale importante par rupture d'un kyste sanguin. » (Venot, *Journal de Méd. de Bordeaux*, nov. 1903.)

Les petites collections kystiques de l'ovaire, les kystes hémato-folliculaires, dont le volume dépasse rarement celui d'un œuf de poule, déterminent généralement au cours de leur accroissement des poussées de péritonite aiguë ou subaiguë. L'augmentation subite de la tumeur est un bon signe de l'immence de la rupture. (Bauby et Castan, *loc. cit.*)

Quand celle-ci survient, elle ne provoque cependant pas une symptomatologie très bruyante. Une douleur abdominale, quelquefois assez vive, à localisation peu précise, une métrorrhagie d'abondance et de durée variables en sont à peu près les seuls signes cliniques, et le diagnostic n'en est habituellement pas fait ; on croit plutôt être en présence d'une poussée de salpingo-ovarite.

La rupture ne donne lieu à une situation vraiment sérieuse que si l'hémorrhagie est abondante et l'on voit se dérouler un tableau symptomatique analogue à celui de la rupture d'une grossesse tubaire. (Obs. X, XI.)

CHAPITRE IV

De l'évolution et du pronostic de la rupture.

La rupture d'un kyste dans la cavité abdominale peut avoir des conséquences différentes suivant sa nature même, son contenu, l'état de résistance de la malade.

L'exposé symptomatique a pu, d'ailleurs, faire prévoir ce qu'elles pourraient être dans les divers cas envisagés.

Tout d'abord, quel sera le pronostic immédiat de la rupture ?

§ 1. — *Pronostic immédiat.* — S'agit-il d'un kyste parovarien dont le contenu, nous l'avons vu, est à peu près inoffensif ?

Le kyste se rétractera et s'oblitérera, l'épanchement se résorbera sans incident ; c'est dans ce cas que nous pourrons dire avec Schröder que la rupture passera la plupart du temps inaperçue. Notre observation II en est une preuve ajoutée à tant d'autres.

Les cas de guérison spontanée définitive, suivant L. Tait, M. Duncan, A. Bouilly, ne concerneraient que des kystes parovariens.

Il est certain que si l'on ne considère que les suites immédiates de la rupture, les autres formations kystiques à contenu séreux se comportent d'une façon tout aussi bénigne, à tel point que certains auteurs (Koeberlé, Simpson, Vautrin, Düffner) ont observé des guérisons spontanées durables, consécutives à la rupture de kystes uniloculaires séreux.

En ce qui concerne les malades de nos observations III et VI, s'il n'est pas permis d'affirmer ce mode de terminaison puisqu'elles ont été opérées peu de temps après la rupture, il eût été rationnel de porter tout au moins un pronostic favorable de l'accident même.

Lorsqu'un kyste volumineux se rompt et que sa perforation détermine l'irruption brusque et violente d'une grande quantité de liquide dans le péritoine, il est certain que des phénomènes de shock peuvent provoquer la mort subite.

Les kystes parovariens, de volume généralement peu considérable, ne mettent pas les malades à l'abri de cette éventualité. Bouilly (*Sem. gynéc.*, 1897, p. 450) en rapporte un cas.

La mort subite s'explique aussi par le fait d'une lésion vasculaire importante survenant au moment de la rupture et provoquant une abondante hémorrhagie.

Le kyste est-il multiloculaire, aréolaire, à parois végétantes et à contenu gélatineux ou colloïde ?

A moins qu'une grosse poche ne se rompe et n'entraîne, de ce fait, l'apparition de phénomènes réactionnels d'une gravité rapide et intense (obs. IV, VIII), la perforation successive de loges peu volumineuses peut n'amener aucun accident immédiat bien sérieux. Néanmoins, faut-il encore redouter les dangers d'une péritonite susceptible de revêtir, par la suite, une allure vraiment inquiétante.

« On conçoit, dit M. le professeur Segond (*Traité de Chir. Duplay-Reclus*, t. VIII, p. 571) que la « nature du liquide ait une grande importance au « point de vue des suites de son extravasation péritonéale ; et si la purulence du contenu ne laisse « aucun doute sur les conséquences mortelles de « son effraction, on comprend très bien comment les « cas heureux s'observent surtout quand le liquide est « purement séreux ; la rupture agit alors à la manière « d'une ponction. »

Il est, certes, évident que quand le liquide, déjà toxique par lui-même, subit l'influence d'une infection et devient septique, la péritonite purulente qui résulte de la rupture est extrêmement grave, à moins que des adhérences ne restreignent le champ de l'infection et ne déterminent une péritonite enkystée à laquelle les malades ont plus de chances de survivre.

Il en est de même de l'évacuation d'un kyste dermoïde dans le péritoine ; la péritonite qui se déclare

est presque toujours mortelle; Sgourdéos rapporte 7 morts sur 20 cas.

La rupture des kystes hémato-folliculaires, mé-norrhagiques, est généralement considérée comme bénigne. « Il ne nous a pas semblé que le contenu « sanguin soit particulièrement septique, et dans les « cas où la rupture s'est produite au cours de l'in- « tervention, il n'en est pas résulté de complica- « tion. » (Bauby et Castan, *loc. cit.*)

L'épanchement sanguin, ordinairement peu abon-dant, n'entraîne pas de troubles graves, mais il faut savoir cependant que la rupture peut avoir des con-séquences sérieuses par le fait de l'hémorrhagie. « Elle peut déterminer une véritable inondation péri- « tonéale, analogue à celle qui accompagne la rup- « ture des grossesses tubaires et assez abondante « pour mettre en danger la vie des malades. » (Ben-der et Marcille, *loc. cit.*). Cestan en a rapporté dix-huit cas qui se sont terminés par la mort.

Nous avons vu combien était fréquente la rupture des kystes ovariens pendant la grossesse. Ce sont surtout les accidents d'infection qui sont à craindre; de telles malades y sont, d'ailleurs, très exposées, principalement pendant le travail et les suites de couches.

Si la rupture de tumeurs kystiques a pu, quelque-fois, faciliter l'accouchement, et si des cas de guéri-son spontanée définitive ont été observés (Vautrin, Heidenreich. Soc. Méd. Nancy, mars 1892), il ne faut pas oublier que, comme l'a dit Rémy, le pronostic

est grave pendant la grossesse, plus grave pendant le travail, plus grave encore pendant les suites de couches.

§ 2. — *Pronostic éloigné.* — Quel sera maintenant l'évolution ultérieure d'un kyste rompu ?

1° *Le kyste peut s'atrophier.* — Après la rupture, il peut se produire une rétraction de la tumeur, une coalescence de ses parois et une oblitération de sa cavité. Il y aura donc, en somme, atrophie du kyste qui peut même disparaître totalement. C'est le processus ordinairement observé avec les kystes parovariens. (Obs. II.)

2° *Le kyste peut récidiver* — A la suite d'une première rupture, la cicatrisation de la perforation peut s'effectuer, d'autant, qu'en général, celle-ci n'est pas très étendue. Nous avons vu que ces cicatrices constituaient autant de points faibles au niveau desquels une nouvelle rupture se faisait facilement.

S'il s'agit d'un kyste séreux, cette récurrence n'a pas un caractère plus sérieux de gravité que lors d'un premier accident de ce genre, mais il n'en est pas moins vrai qu'il y a toujours à craindre des complications telles que : la modification du contenu du kyste, sa suppuration, l'apparition de poussées péritonéales qui, par la formation d'adhérences, rendent tout processus de rétraction et d'oblitération impossible, la torsion du pédicule, les hémorrhagies, etc...

« Dans les kystes multiloculaires, la récurrence s'ex-
« plique facilement, soit que d'autres poches moyen-
« nes ou petites se développent successivement,

« amincissent leurs parois, et finissent par se rompre
« à tour de rôle, soit qu'une poche plus développée,
« après s'être refermée, secrète de nouveau, au
« point de se rompre une seconde fois. » (Fossard.)

Et ces diverses poches sont susceptibles de contenir un liquide dont la toxicité ou la septicité peut varier avec chacune d'elles ; c'est ce qui explique comment une première rupture a eu lieu sans incident alors qu'une autre a été mortelle.

Ces récidives de rupture arrivent forcément à épuiser les malades qui, profondément intoxiquées du fait de la nature de l'épanchement péritonéal, finissent par succomber à la deuxième, troisième ou quatrième rupture.

3° *Le kyste peut généraliser.* — C'est surtout le fait des kystes papillaires végétants qui sont, en somme, de véritables formations cancéreuses, et des kystes à contenu colloïde. Ces amas gélatineux que l'on a comparés à du frai de grenouille, à de la gelée de pommes, dont le chirurgien a tant de peine à débarrasser la cavité abdominale, qui s'insinuent entre tous les viscères, qui gênent la circulation du sang et entravent le cours des matières intestinales, sont susceptibles de se greffer sur place et à distance, et cette métastase est, on le sait, d'un fâcheux pronostic.

Des vésicules hydatiques, provenant d'un kyste hydatique de l'ovaire rompu — dont nous n'avons encore rien dit parce que ces kystes sont peu fréquents et peu connus — peuvent aussi former de

véritables greffes sur le péritoine. Le liquide de ces collections kystiques, d'ailleurs, d'après Gallard, serait particulièrement toxique et dangereux, et son épanchement dans le péritoine provoquerait à peu près fatalement la mort.

Pour les kystes dermoïdes, les métastases sont très rares. Fränkel (*Wiener Med. Woch.*, 1883) n'en a relevé qu'une quinzaine d'observations. Il est vrai que la péritonite consécutive à la rupture, si fréquemment mortelle, enlève les malades avant que la généralisation ait eu le temps de se produire.

Nous dirons, pour résumer ce chapitre de pronostic, que la rupture spontanée des formations kystiques de l'ovaire est, comme gravité, subordonnée spécialement à la nature de leur contenu.

Généralement bénigne pour les kystes séreux, cette complication provoque des accidents très sérieux non pas tant immédiats qu'éloignés avec les kystes à contenu gélatineux ou colloïde.

L'optimisme du professeur Boursier (*Annales de gynéc. et d'obstétr.*, 1897) pour qui le liquide gélatineux des kystes peut s'épancher sans aucun danger dans la cavité péritonéale nous semble exagéré.

Sur les six observations que nous rapportons nous n'enregistrons que deux guérisons, dont l'une ne date que d'un mois ; de plus, l'état général de la malade est tel actuellement qu'on est amené à porter un pronostic tout à fait défavorable.

Est-ce à dire que la mortalité globale soit toujours aussi considérable que l'indiquait Nepveu (50 o/o).

Evidemment non ; car si le pronostic s'est amélioré, cela tient à ce que, maintenant, l'extirpation chirurgicale précoce des kystes ovariens est le traitement de choix et qu'on ne retarde pas l'intervention à la suite d'une complication telle que la rupture.

CHAPITRE V

Du traitement de la rupture

« Toute tumeur de l'ovaire doit être enlevée dès qu'elle est reconnue », a dit L. Tait ; et l'ovariotomie est devenue le seul traitement rationnel des kystes de l'ovaire. On conçoit aisément qu'elle soit encore plus indiquée dès qu'une complication survient.

Evidemment, la guérison spontanée définitive et durable des kystes à contenu séreux, des kystes parovariques ou même ovariques, peut être observée (obs. II) ; mais comme, en règle générale, il est difficile d'apprécier le degré de septicité ou de toxicité du liquide kystique, et par conséquent de prévoir l'apparition ou l'absence d'accidents de gravité plus ou moins intense et rapide, le seul moyen de prévenir les conséquences néfastes de l'effraction dans la cavité abdominale du contenu kystique, est une intervention hâtive.

Si, comme le pensait Bouilly, la malignité des tumeurs est surtout en rapport avec leur séjour plus

ou moins prolongé dans la cavité péritonéale, leur déhiscence rendra vraisemblablement plus prompt et plus efficace un tel résultat. Aussi, par leur ablation immédiate, peut-être pourra-t-on prévenir le développement d'une généralisation ultérieure.

Il en sera de même des récidives et de toutes leurs conséquences.

Il faut donc intervenir et intervenir rapidement, sans ponction préalable. « La possibilité d'observer
« la guérison spontanée, soit à la suite de la rupture
« soit de la torsion, ne saurait modifier la netteté
« des indications de l'ovariotomie dans les cas de ce
« genre. La pensée de reproduire par des moyens
« détournés ces processus de guérison naturelle a
« pu germer autrefois dans l'esprit de quelques chirurgiens, mais ces tentatives méritent à peine une
« mention historique, et les résultats qu'elles ont
« donnés n'offrent guère plus d'intérêt que cette
« observation fameuse de guérison dont parle Boi-
« net à propos d'une femme qui s'est guérie d'un
« kyste de l'ovaire, après avoir reçu dans le ventre
« un violent coup de pied de son mari. » (Segond. *Loc. cit.*, p. 572.)

On pratiquera donc la laparotomie. Il sera peut-être bon de ne pas mettre les malades en position inclinée, pour éviter l'accumulation d'une trop grande quantité de liquide du côté du diaphragme et surtout pour empêcher la formation de greffes à distance. On extraira la poche kystique ; on liera

son pédicule dont on fera la section au thermo-cautère.

Pour éviter l'ensemencement de la cavité péritonéale on mettra tous ses soins à évacuer aussi complètement que possible le liquide qu'elle contient, ce qui est loin d'être toujours facile, surtout lorsqu'on a affaire à de la matière mucoïde. Sur trente-deux cysto-épithéliomes qu'il a opérés, M. Barnsby (de Tours) a relevé six récidives dont cinq étaient survenues du fait de la rupture soit spontanée, soit provoquée au cours de l'opération, (*Rev. gyn. et chir. abd.* 1904, p. 477).

Le lavage du péritoine est discuté. M. Delbet le proscrit en lui reprochant d'enlever momentanément à la séreuse son pouvoir absorbant. M. le professeur Segond, tout en le condamnant à la suite d'ablations de kystes non rompus, le conseille dans le cas de rupture. M. le professeur Pozzi le recommande pour éviter et combattre le shock opératoire.

Il sera bon de pratiquer le drainage péritonéal à l'aide d'un ou de deux gros drains placés dans l'angle inférieur de la plaie et plongeant dans le Douglas.

Si le kyste a contracté des adhérences telles qu'il soit impossible de l'énucléer entièrement, on en fera une ablation aussi grande que possible et on suturera à la paroi abdominale le reliquat de la poche. Des attouchements faits sur ce point avec des liquides modificateurs (teinture d'iode, chlorure de zinc) aideront la cavité à se combler.

Enfin, lorsqu'un kyste de l'ovaire est diagnostiqué au cours d'une grossesse, prévenu que l'on est des néfastes conséquences possibles de cet état, surtout si la rupture du kyste vient à se produire, et sachant que la grossesse paraît favoriser ou activer la transformation maligne de la tumeur (Wernich, *Zeitsch. f. geb und gyn.* 1873), c'est encore à l'ovariotomie qu'il faut avoir recours dans la majorité des cas. « Ne rien faire, écrit F. Barnes (*Traité théor. et clin. d'obs.* Trad. Cordes, 1886), parce qu'on a vuparfois « la grossesse et l'accouchement se terminer sans « accident, c'est simplement se fier au hasard, et « cette passivité risque fort d'amener des regrets inutiles. »

On sait en effet les dangers auxquels sont exposés la malade et son produit de conception, et les statistiques des auteurs, en particulier celle de M. Rémy qui indique 19 o/o de mortalité pour la mère et 52 o/o pour l'enfant, ne sont vraiment guère rassurantes.

« Si l'on met en parallèle, dit M. Pozzi, les dangers « certains de l'expectation et la bénignité de l'ovariotomie entreprise à temps, l'hésitation n'est pas « permise. »

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Observation inédite recueillie dans le service du Dr Potherat à l'hôpital Broussais).

Kyste colloïde de l'ovaire. — Rupture spontanée. — Large évacuation intra-abdominale. — Laparotomie. — Mort consécutive.

La nommée Herminie M..., âgée de 61 ans, entre dans le service du Dr Potherat, à l'hôpital Broussais, salle Broca n° 13, le 9 janvier 1906. Cette femme ne présente aucun antécédent pathologique héréditaire, ou personnel, méritant d'être relaté. Sa période menstruelle n'a rien offert de particulier. Elle a eu quatre enfants dans des conditions normales. Elle a cessé d'être réglée, sans incident, à 49 ans. Le début de l'affection, qui a déterminé son entrée à l'hôpital, remonte à la fin de juillet 1906. Elle ne se rappelle pas avoir éprouvé le plus léger malaise jusqu'à cette date. C'est à cette époque que, travaillant dans son jardin, elle fut prise, tout à coup, d'une douleur abdominale brusque et violente, suivie bientôt de vomissements et d'une diarrhée assez abondante. Elle dut aussitôt s'aliter, mais, au bout de quelques jours, la douleur ayant progressivement disparu, les vomissements et la diarrhée

ayant cessé, elle reprit son travail qu'elle dut interrompre à plusieurs reprises depuis cette époque, les mêmes symptômes réapparaissant à des intervalles plus ou moins éloignés avec, cependant, moins de brusquerie et de violence.

Aucun écoulement vaginal, hémorrhagique ou leucorrhéique, n'accompagnait ces accidents. La première crise semblait être survenue sans cause déterminée; mais quand elle fut passée, la malade s'aperçut que son ventre, augmenté de volume, restait gros. Il continua même à se développer progressivement en même temps que la malade éprouvait une sensation de gêne, de pesanteur à l'hypogastre. Bientôt, l'appétit diminua, disparut presque; les forces s'en allaient, l'amaigrissement se faisait manifeste, l'état général s'aggravait d'une manière certaine. La malade alors, en présence de ces accidents, et de l'impuissance à les conjurer des traitements employés jusque-là, se décida à venir à l'hôpital Broussais et entra dans le service de chirurgie, où je pus la voir, l'examiner, et la suivre jusqu'à sa mort.

Elle se présente, à l'examen, dans les conditions suivantes : C'est une femme d'une vigoureuse constitution mais paraissant très souffrante et vieillie. Le facies est tiré, l'amaigrissement considérable, la respiration très gênée. Le ventre est très volumineux dans le sens antéro-postérieur et dans le sens transverse; il est très tendu. Au-dessous de l'ombilic, on a la sensation d'une tumeur intra-abdominale, autant, toutefois, qu'on en peut juger, gêné que l'on est par la tension abdominale. A la palpation, il existe une matité complète à l'hypogastre et dans les flancs; dans tout le reste du ventre, le météorisme est très marqué. La sensation de flot n'est pas très nette, mais elle est indéniable. Ces diverses explorations éveillent peu ou point de dou-

leurs. Pas de paralysie du diaphragme, mais seulement obstacle mécanique au fonctionnement de ce muscle, d'où gêne respiratoire. Le toucher vaginal permet les constatations suivantes : utérus remonté, fixé; col normal; sensation d'empatement dans les culs-de-sac, surtout appréciable dans le Douglas, par le toucher rectal.

La fièvre est modérée : 37°8; l'appétit est à peu près nul; il existe de la diarrhée; les urines sont peu abondantes et émises avec difficulté à cause de la distension de l'abdomen. En raison de l'histoire de la maladie et de tous ces symptômes, M. le Dr Potherat porta le diagnostic de kyste de l'ovaire de mauvaise nature avec ascite, et proposa une laparotomie, qui ne fut acceptée de la malade que quelques jours plus tard. Durant ce temps, son état resta stationnaire.

L'opération eut lieu le 13 janvier. Anesthésie au chloroforme. Laparotomie. Aussitôt le péritoine incisé, issue brusque d'un flot de liquide citrin, que suivit bientôt un autre flot de substance gélatineuse colloïde; cette substance, analogue à de la gelée de pommes, était répandue dans le ventre et s'était insinuée entre les anses intestinales et autour des viscères. Elle était comme greffée en plusieurs points à l'épiploon. Cette matière, à l'aide de la main disposée en cuiller, ou s'aidant de compresses aseptiques, fut enlevée non sans difficulté, le plus complètement possible, mais il serait difficile d'affirmer que ce fut en totalité. Elle remplissait plus de deux cuvettes.

Mais à cela ne se bornait pas la lésion; il existait une masse énorme, informe, ayant son attache au ligament large gauche, qui put, non sans difficulté, être libérée d'adhérences, pédiculisée et réséquée, et qui se présenta alors sous l'aspect d'un kyste ovarien colloïde, multiloculaire, avec une portion encore

bourrée de nombreux kystes mucoïdes et une partie flasque qui n'était autre que la portion qui, par rupture, avait déversé la matière colloïde ci-dessus décrite. Le grand épiploon tout imprégné de cette matière, est réséqué sur une grande étendue. Le ventre, enfin, est refermé, après qu'un gros drain a été placé dans le Douglas. L'opération a duré près d'une heure.

Le lendemain, à la visite, la malade était très abattue ; température ; 37°6. Pouls 90 ; langue sèche ; peu d'urines. Les jours suivants, son état ne s'améliore pas, bien qu'il n'y ait aucun accident abdominal. La constipation est opiniâtre, sans occlusion ; on ne peut relever les forces ; l'alimentation est très difficile. Bientôt on constate de la congestion aux deux bases des poumons, des sibilances dans le reste de la poitrine ; les bruits du cœur deviennent sourds et irréguliers ; l'état général s'aggrave de plus en plus et le 29 janvier, seize jours après son opération, la malade succombe dans le marasme. L'opération n'avait pu arrêter les progrès de la déchéance organique déjà très avancée quand cette malade s'était présentée à l'hôpital. Cette déchéance était née des accidents, douleurs subites et vomissements survenus au mois de juillet précédent, et qui avaient eu pour cause vraisemblable la rupture d'un kyste multiloculaire.

OBSERVATION II

(Recueillie dans le service du Dr Potherat, à l'hôpital
Broussais.)

*Kyste séreux de l'ovaire. — Rupture pendant l'examen
manuel. — Pas de suites.*

Au mois d'octobre dernier, se présentait à la consultation du Dr Potherat, à l'hôpital Broussais, une femme de 42 ans, demandant à être examinée parce qu'elle ressentait parfois de vagues douleurs dans le bas-ventre.

Cette femme n'a aucun passé pathologique ; elle a eu plusieurs enfants à terme. Ses règles ne présentent rien d'anormal ; elle n'a pas de pertes blanches.

Au toucher vaginal, l'utérus légèrement augmenté de volume, est en bonne position ; il est très mobile. Le col est un peu douloureux mais non exulcéré.

Au double palper, le cul-de-sac postérieur est libre ; le cul-de-sac latéral droit n'offre rien de particulier. A gauche, à quelque distance de la corne utérine on sent nettement une tumeur arrondie, lisse, rénitente, tendue, du volume d'une petite orange. Cette tumeur, relativement fixée, n'est pas douloureuse à l'exploration ; elle répond exactement à la portion postéro-latérale gauche des culs-de-sac vaginaux.

On arrive à la saisir nettement entre les doigts vaginaux et la main abdominale. Mais voici que, tout à coup, elle éclate littéralement sous cette pression et on n'en trouve plus trace. La

malade n'a rien ressenti ; elle retourne chez elle à pied ; dans les jours qui suivent, elle n'éprouve aucun malaise abdominal. Revue au bout de quinze jours, elle est dans son état normal et on ne sent plus aucune tumeur pelvienne.

OBSERVATION III (Inédite)

(Communiquée par M. le Dr Potherat, chirurgien de l'hôpital Broussais.)

*Cysto-sarcome de l'ovaire. — Rupture spontanée. —
Opération. — Guérison.*

Dans le courant de l'année 1905, M. Potherat est appelé à examiner une jeune fille de 20 ans pour des accidents abdominaux de plus en plus marqués.

Cette jeune fille, de bonne santé habituelle, sans passé pathologique personnel, bien réglée et régulièrement depuis l'âge de 13 ans, s'est aperçu il y a quelques mois déjà que son ventre augmentait de volume, sans qu'elle ressentit aucune douleur abdominale.

Le développement du ventre est devenu de plus en plus grand, de plus en plus apparent, en ces dernières semaines, aussi se décide-t-on à consulter.

La malade, debout, se présente avec un ventre très proéminent, en pointe ; on dirait une femme au septième ou huitième mois d'une grossesse. Les flancs ne sont pas développés.

Dans le décubitus dorsal, le ventre continue à pointer en

avant ; il est soulevé par une tumeur abdominale arrondie en forme de globe, mobile transversalement, remontant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, lisse à sa surface, tendue, rénitente plutôt que fluctuante ; cependant on peut y déceler le flot à l'aide de chiquenaudes. La percussion donne partout de la matité, matité limitée par une courbe à concavité inférieure et invariable dans son étendue, quelque position qu'on fasse prendre à la malade. Je rappelle que la consistance était rénitente, fluctuante, partout la même ; cependant en bas et à gauche il existait une zone grande comme la paume de la main, où l'on avait la sensation d'une plaque épaisse, dure, solide, plaque faisant corps avec la tumeur elle-même et se déplaçant avec elle.

Le toucher rectal permet de reconnaître la tumeur dans le bassin avec tous les caractères indiqués ci-dessus. Elle est nettement distincte de l'utérus, petit, mobile, refoulé vers le pubis.

Le diagnostic est un peu embarrassant. On songe un instant à une péritonite tuberculeuse avec ascite en raison du développement rapide du liquide, de la plaque indurée, et surtout des antécédents paternels. Cependant ce diagnostic est rejeté à cause de l'absence de signes fonctionnels, d'inflammation péritonéale même subaiguë, de la non mobilité du liquide contenu dans l'abdomen. Il s'agit bien d'une tumeur liquide nettement limitée.

Un kyste de l'ovaire ordinaire, uniloculaire, n'aurait point eu ce développement rapide et n'eût pas présenté de plaque d'induration. Aussi s'arrêta-t-on au diagnostic plus probable de kyste dermoïde.

En tout état de cause, la laparotomie s'imposait ; elle fut

proposée, acceptée, et la date en fut fixée à une dizaine de jours plus tard.

Au jour dit, la malade préparée pour l'opération est placée sur un lit de repos où elle va être endormie ; on examine à ce moment son ventre une dernière fois mais on est frappé du changement considérable survenu dans les signes objectifs. Le ventre ne pointe plus, il est affaissé, mais il déborde largement au niveau des flancs. Au palper, on ne sent plus de tumeur, la plaque indurée elle-même a disparu et il faut pratiquer le toucher rectal pour en retrouver des traces. Le ventre contient encore du liquide, à n'en pas douter, mais il est libre dans l'abdomen et se déplace avec une extrême facilité : tout enkystement a disparu.

La malade interrogée déclare que ce changement dans son état date de la nuit précédente. Dans cette nuit, elle a senti tout-à-coup en se retournant dans son lit comme un « choc » dans le ventre, et il lui a semblé que du liquide « coulait dedans ». M. Potherat pensa de suite à une rupture spontanée et l'opération pratiquée sans retard montra que cette opinion était exacte. A l'incision du péritoine il s'écoula en abondance un liquide séreux, légèrement hématique, baignant les anses intestinales. Celles-ci ayant été refoulées vers le diaphragme, on vit apparaître une poche kystique, flasque, flottante, rompue vers son sommet en une fissure longue de 7 à 8 centimètres, par laquelle s'échappait un liquide semblable à celui qui baignait l'abdomen.

La poche fut attirée au dehors ; avec elle vint la masse solide sentie pendant l'examen, le tout porté par un pédicule long, relativement grêle, non tordu, et se rendant aux annexes du côté droit. Ligature et excision du pédicule, toilette abdomi-

nale, puis fermeture complète de la paroi par un triple plan de sutures.

L'examen de la pièce a montré qu'il s'agissait d'une vaste poche uniloculaire, reliée à une masse charnue qu'une analyse ultérieure a montré être du sarcome. Au niveau de la rupture, existait une zone, de la largeur d'une petite paume de main, à peu près complètement privée de vaisseaux, contrastant avec le reste de l'étendue des parois pourvues d'une vascularisation accentuée.

Les suites opératoires furent des plus simples et ne différèrent en rien de celles qui suivent l'ablation d'un kyste séreux uniloculaire le plus simple.

La malade est demeurée guérie depuis lors et n'a présenté aucun accident digne d'être relaté.

OBSERVATION IV (inédite)

(Communiquée par M. le Dr Potherat, chirurgien de l'hôpital Broussais.)

Kyste multiloculaire de l'ovaire à contenu mucoïde. — Rupture datant de quelques jours. — Opération. — Mort.

Dans le courant de l'année 1902, M. Potherat est appelé à voir une paysanne âgée de 69 ans, dont le ventre a pris un développement rapide depuis quelques mois et surtout depuis quelques semaines, et dont l'état général habituellement très bon va en déclinant d'une manière aussi rapide qu'inquiétante.

C'est une femme des champs, vigoureuse, toujours bien

portante, dont tout le passé abdomino-génital n'offre rien de particulier. Elle a mis au monde, normalement et à terme, quatre enfants bien constitués. Elle n'est plus réglée depuis près de 20 ans. Jusqu'à ces temps derniers, l'appétit était excellent et les forces n'avaient pas décliné en proportion des années. Mais depuis trois à quatre mois, l'appétit a diminué, s'est même perdu tout à fait ; l'amaigrissement est venu, rapide, considérable aux membres, à la face, au tronc, mais le ventre est toujours resté gros ; il augmente même de jour en jour.

A l'examen, on constate nettement la présence d'une tumeur arrondie, globuleuse, remontant au-dessus du pubis, mate à la percussion, molle, fluctuante, mais sans qu'on puisse y déceler un véritable « flot ». En outre, cette tumeur paraît multilobée, avec des consistances molles partout, mais un peu variables néanmoins.

La masse est peu mobile. Au toucher, l'utérus est nettement indépendant ; il est peu mobile, ne fait pas corps avec la tumeur mais paraît bien nettement lui adhérer.

Le diagnostic posé est « kyste multiloculaire de l'ovaire, avec adhérences péri-kystiques. Malgré l'état de dénutrition progressive de la malade, considérant qu'elle a de bonnes artères et un cœur en parfait état, qu'une ablation de la tumeur est réalisable, que cette ablation peut assurer la guérison ou tout au moins une survie que la nature présumée de la tumeur ne saurait faire espérer dans l'abstention, on détermine la malade à se faire opérer, et l'opération est pratiquée huit jours plus tard.

Or, depuis cinq jours la malade souffre davantage, elle a eu les plus grandes difficultés pour aller à la garde-robe ; elle n'a aucun appétit ; elle a des nausées fréquentes et a même eu trois

vomissements bilieux à plusieurs heures d'intervalle, et cependant elle trouve que son ventre est moins gros. En effet, il est moins saillant en avant, plus « étalé », et la tumeur est moins nette quoique bien perceptible encore.

Le ventre ouvert, on constate que les anses intestinales baignent dans une matière jaune, visqueuse, gélatineuse, qui n'est autre que la matière mucoïde analogue à celle qu'on observe dans les kystes multiloculaires prolifères. Effectivement on se trouve bien en face d'un kyste de cette nature venu de l'ovaire gauche ; il remplit le petit bassin et une partie du bas-ventre ; il est formé de masses multiples, adhérentes partout, mais se laissant toutefois assez facilement décoller. Une grande poche est toute déchirée et son contenu mucoïde se répand partout. C'est ce contenu qui s'est déversé au milieu des anses intestinales et les unit dans une gangue que malgré tous les efforts déployés on n'arrive pas à enlever complètement.

Le ventre est refermé ; un gros drain plonge dans le Douglas.

La malade a bien supporté l'intervention qui a été assez longue.

Dans les jours qui suivent, elle n'a pas d'accidents proprement dits ; il n'y a pas de fièvre, pas de vomissements ; les urines sont suffisamment abondantes, mais l'inappétence est absolue ; on ne peut faire prendre aucun aliment à la malade, pas même du lait ou du bouillon. On n'obtient qu'à grand-peine des évacuations intestinales ; la malade continue à décliner rapidement et le douzième jour après son opération, elle s'éteint sans secousses, sans souffrances apparentes.

OBSERVATION V (Inédite)

(Communiquée par M. le Dr Potherat, chirurgien de l'hôpital Broussais.)

Kystes multiloculaires de l'ovaire droit et de l'ovaire gauche, à contenu mucoïde. — Rupture spontanée d'une grosse poche du kyste ovarique gauche. — Laparotomie. — Malade actuellement en convalescence. — Pronostic réservé.

Le 4 février 1907, M. le Dr Potherat a été appelé à examiner une femme de 41 ans, de bonne santé habituelle, bien réglée, sans aucun antécédent pathologique, qui constatait depuis un mois environ une augmentation notable du volume de son ventre. Sauf une perte d'appétit et un amaigrissement assez marqués, elle n'indiquait aucun autre trouble qui pût l'inquiéter.

Elle se rappelle cependant qu'elle fut prise brusquement, un matin de novembre 1906, d'une douleur extrêmement vive dans la fosse iliaque gauche. Elle constata peu après que son ventre était plus gros que d'ordinaire, et un médecin, consulté, la fit entrer à l'hôpital de Tournans avec le diagnostic d'occlusion intestinale. Extrêmement constipée à ce moment la malade eut, deux jours plus tard, une débâcle diarrhéique de grande intensité, puis son abdomen diminua de volume et tout rentra dans l'ordre. Mais bientôt celui-ci ayant repris des dimensions anormales, elle se décide à consulter.

A l'examen, c'est une femme très amaigrie dont l'état général semble peu brillant.

Au palper, on sent nettement une tumeur occupant la région de l'hypocondre gauche et s'étendant à droite à trois travers de doigt d'une ligne passant par l'ombilic. Cette tumeur est rénitente, sauf en un point, à gauche, où elle est fluctuante ; la palpation est, à ce niveau, douloureuse.

On note de la matité dans les flancs mais on n'a pas une sensation bien nette de flot.

Au toucher vaginal, l'utérus est difficilement mobilisable et les culs-de-sac sont empâtés, surtout le gauche.

En présence de ces signes, M. le D^r Potherat fait le diagnostic de kyste ovarique de mauvaise nature avec légère ascite concomitante et possibilité de rupture d'une poche kystique.

Le cœur étant en bon état et les urines en quantité normale, une intervention fut proposée et acceptée.

Elle eut lieu le 13 février.

A l'incision du péritoine, il s'écoule un liquide ascitique en quantité assez notable, puis on tombe aussitôt, à droite, sur une poche fluctuante dont la ponction ne laisse écouler aucun liquide ; mais, par l'orifice d'entrée du trocart sort un liquide sirupeux, très épais, noirâtre, gélatineux. Il s'agit d'un kyste gélatineux de l'ovaire droit deux fois tordu sur son pédicule et de la grosseur d'une tête de fœtus. On en fait l'ablation.

Dans la cavité abdominale apparaît alors une matière gélatineuse en assez grande abondance surtout répandue dans l'excavation pelvienne. Elle est difficilement évacuée. Sur l'ovaire gauche est appendue une tumeur végétante, polykystique, de même volume que la précédente mais dont une grande poche rompue laisse écouler de la matière mucoïde et végété librement. Cette tumeur, adhérente de toutes parts, est assez facilement décollée et enlevée au thermocautère. Après une toilette

soignée du péritoine, la paroi abdominale est suturée sur trois plans laissant sortir un gros drain qui plonge dans le Douglas.

Les suites opératoires se sont faites et se font encore à l'heure actuelle sans fièvre ; mais la malade, très affaiblie, présente un degré de déchéance organique tel qu'il est impossible de porter un pronostic favorable.

OBSERVATION VI

(MM. Potherat et Lutaud. *Journal de médecine de Paris*, 1904, n° 15).

Kyste parovarien. — Rupture spontanée l'avant-veille de l'opération. — Ovariectomie. — Guérison.

M^{me} B..., notre malade, est une femme de 48 ans, dont l'état général était excellent. Quand elle est venue nous trouver dans notre service de la Maison Dubois au mois d'octobre dernier, une lettre du médecin qui nous l'envoyait nous donnait le diagnostic de kyste de l'ovaire, diagnostic qui fut aussitôt confirmé dans le service.

En effet, à l'inspection, M^{me} B... nous présentait un ventre à l'aspect typique, globuleux, un peu saillant, tendu. A la palpation, nous eûmes nettement la sensation de flot que la percussion nous limita, en nous donnant une zone médiane mate remontant très haut, avec sonorité dans les deux flancs.

A l'interrogatoire de la malade, celle-ci nous dit avoir été

toujours bien portante. Bien réglée, mariée à 16 ans, elle a eu un enfant l'année d'après, puis deux jumeaux qui meurent, et un autre enfant. Pas de fausse couche. Rien à noter comme diathèses. De même rien dans les antécédents héréditaires.

A Pâques dernier, pour la première fois, la malade perd plus que de coutume, et ces pertes se renouvelant, elle se décide à se faire soigner et va trouver son médecin qui pense à une hématoçèle. Plus tard, un spécialiste de Metz fait le diagnostic de kyste de l'ovaire.

Au toucher vaginal, on trouve un col normal et rien dans les culs-de-sac.

Aucun trouble viscéral, pas de polyurie, un peu de constipation.

Pas de douleurs, la malade se plaint seulement d'un peu de gêne, d'une sensation de tiraillement augmentant avec le volume croissant du ventre.

Pas de température. Pouls régulier et normal.

Nous étions décidés à l'opérer de suite lorsque la malade nous dit attendre ses règles d'un moment à l'autre.

En effet, entrée à Dubois le 23 octobre elle eut ses règles le 24. Celles-ci durèrent sept jours et furent normales comme durée et quantité.

Pendant ses règles, notre malade ne quitta pas son lit, ne se leva pas, ne fit aucun mouvement, et chaque jour à la visite elle nous disait aller très bien, ne se plaignant d'aucune douleur, de rien d'anormal.

Le 2 novembre, le matin de l'opération, pendant la visite, en découvrant la malade pour la palper, nous fûmes étonnés de l'aplatissement du ventre qui ne présentait plus l'aspect globuleux et tendu qu'il avait à son arrivée.

En palpant, nous ressentîmes une sensation d'ascite plus que de kyste, avec matité dans les flancs, surtout à gauche où elle descendait très bas. Nous pensâmes un moment à de l'ascite surajoutée, et la malade fut portée sur la table d'opération.

À l'ouverture du péritoine un flot de liquide jaune citron s'écoule. Séreuse lisse, absolument saine, sans granulations, sans épaissement, sans hyperémie.

La main introduite dans le ventre amène à notre incision abdominale une masse qui n'était autre que les parois du kyste qui s'était rompu de lui-même.

Il s'agissait d'un kyste parovarien du ligament large gauche. On l'extraît ; ligature en chaîne du large pédicule. Ablation des annexes droites qui présentent de vieilles lésions de salpingo-ovarite.

Ablation de l'appendice très long et volumineux. Drainage en raison de l'inondation péritonéale.

Les suites opératoires sont normales les trois premiers jours. Au premier pansement fait le surlendemain, on enlève le drain. Pas de fièvre, pansement sec.

Les fils sont enlevés le jour. Rien d'anormal. Deux jours se passent sans rien d'exceptionnel. Le dixième jour, en faisant le pansement, on assiste à une évacuation subite et spontanée par le lieu du drainage, d'une abondante quantité d'un liquide clair et sans odeur. Cet écoulement, tout en diminuant régulièrement d'intensité, persista plusieurs jours, puis cessa.

Elle sort complètement guérie le 1^{er} décembre et repart pour Metz.

Deux mois après (février 1904), elle nous écrit pour nous

donner des nouvelles de sa santé qui est très bonne, ne se plaignant que d'un peu de gêne en urinant.

Revenons maintenant à l'examen de la pièce enlevée, aussitôt après l'opération. Nous reconstituons la poche en la bourrant de compresses, et nous constatons une rupture d'une longueur de 12 à 15 centimètres traversant une zone circulaire ischémique, blanchâtre, dépourvue totalement de vaisseaux sanguins. Par contre, ces derniers sont volumineux et tracent de nombreuses arborisations sur le restant des parois.

Ces dernières sont souples dans toute leur étendue et ne présentent ni végétations, ni villosités, ni épaississement.

Il serait difficile d'évaluer la quantité de liquide qui est sortie du ventre, car une certaine quantité s'est écoulée dès l'ouverture du péritoine et n'a pu être recueillie. Il était jaune citron, ne présentant ni odeur, ni consistance spéciale. Toutefois en nous en rapportant au volume présenté par la malade avant la rupture, la quantité du liquide ne devait pas être inférieure à 8 litres.

.

La rupture semble avoir eu lieu l'avant-veille de l'opération, car en interrogeant la malade pour rechercher si elle avait perçu une sensation quelconque au moment de l'accident celle-ci nous affirma ne se souvenir de rien, n'avoir rien senti ; si ce n'est, l'avant-veille de l'opération, une sensation vague de déplacement de liquide dans son côté gauche en s'y couchant, chose qu'elle n'avait pas remarquée jusque-là.

OBSERVATION VII

(M. Villar. — *Revue mensuelle de Gynécologie, Obstétrique et Pédiatrie de Bordeaux*, 10 juillet 1900.)

Kyste gélatineux de l'ovaire gauche ouvert dans le péritoine à la suite d'un toucher rectal, au niveau d'une zone mortifiée.
— *Réaction péritonéale. — Ovariectomie. — Mort.*

Il s'agit d'une religieuse âgée de 38 ans, que j'ai eu l'occasion de voir ces jours derniers avec mon excellent maître, M. le professeur Masse. L'histoire de notre malade sera forcément écourtée, car nous avons eu toutes les peines du monde à obtenir des renseignements précis. Ce qui est certain, c'est que, depuis quelques-mois, la malade souffrait du bas-ventre, qu'elle éprouvait des troubles de la miction, et que ses règles n'étaient pas venues depuis trois mois.

J'examinai la malade le 16 juin 1900. Aspect florissant, état général excellent, en un mot, santé parfaite.

A l'inspection du ventre, rien de particulier. A la palpation, je reconnus l'existence d'une tumeur médiane, allant de la symphyse pubienne à deux travers de doigt de l'ombilic. Cette tumeur immobile, mate à la percussion, donnait très nettement la sensation d'une poche remplie de liquide.

Le doigt, introduit dans le vagin, rencontrait bientôt quelque chose de dur, qui occupait les culs-de-sac postérieur et latéral gauche. Je ne trouvai pas d'abord le col de l'utérus, mais en le cherchant je ne tardai pas à le découvrir en avant, aplati et

collé sous la symphyse. En combinant le palper et le toucher, je transmettais au doigt vaginal les mouvements de la tumeur liquide que repoussait la main abdominale.

Mais les mouvements communiqués à cette tumeur liquide ne se transmettaient pas à la masse dure siégeant au niveau des culs-de-sac postérieur et latéral gauche.

Pendant que mon doigt manœuvrait dans le vagin et qu'il appuyait sur la face inférieure de la vessie, je sentis quelque chose de chaud couler sur ma main. Je pensais bien que c'était de l'urine, et, interrogeant la malade sur ce point, je fus confirmé dans mon idée.

Avant d'aller plus loin, je pratiquai le cathétérisme vésical ; l'urine coula aussitôt en abondance par la sonde, et, au bout d'un certain temps, la tumeur abdominale avait complètement disparu ; le diagnostic commençait déjà à se simplifier : la tumeur abdominale, de consistance liquide, n'était autre chose qu'une vessie énormément distendue par l'urine.

Ayant donc évacué la vessie, je pratiquai de nouveau l'examen par le palper et le toucher. Par le palper, je reconnus l'existence du côté gauche d'une tumeur dure et offrant, comme un noyau surajouté, quelque chose de comparable à un petit fibrome sous-péritonéal. Par le toucher vaginal, je trouvai les culs-de-sac postérieur et latéral gauche repoussés par une tumeur de consistance élastique. Cette tumeur paraissait indépendante de l'utérus.

Nous nous arrêtâmes, M. le professeur Masse et moi, au diagnostic de kyste du ligament large ou de salpingite suppurée, à cause du siège de la lésion et des douleurs éprouvées par la malade.

Pour compléter l'examen, je pratiquai le toucher rectal, qui

me permit de reconnaître, derrière l'utérus, la tumeur signalée plus haut. Mais à peine l'avais-je touchée du doigt qu'elle disparut. Pratiquant de nouveau le toucher vaginal, je ne trouvai plus la masse qui faisait saillie dans les culs-de-sac postérieur et latéral.

Que s'était-il passé ? Deux hypothèses seulement pouvaient être discutées. Ou bien il s'agissait de la rupture d'une poche liquide ou bien d'une tumeur très mobile, qui aurait été refoulée à la partie supérieure de la cavité abdominale.

La malade fut soumise au repos : les journées de samedi et de dimanche se passèrent très bien ; le ventre resta souple. Le lundi matin, la malade prend un peu de magnésie ; à la suite de cette purgation, elle a un vomissement. Réapparition des règles dans la matinée ; quelques vomissements dans la journée ; évacuation abondante par l'anus d'un liquide grisâtre d'odeur infecte.

Par le toucher vaginal, je retrouve de nouveau quelque chose dans le cul-de-sac postérieur. Le mardi il y eut quelques petites nausées et un peu de ballonnement du ventre.

J'intervins le mercredi matin. L'anesthésie fut délicate, en ce sens que la malade respirait mal dès le début et avait des tendances à la syncope.

Le ventre une fois ouvert, il s'écoule un liquide brunâtre et sirupeux, qui occupait la cavité péritonéale.

Après avoir évacué ce liquide aussi complètement que possible, je dirigeai mes recherches du côté gauche de l'excavation pelvienne. Je tombai sur un kyste de l'ovaire inclus dans le ligament large, adhérent profondément au rectum et au plancher du bassin. J'en pratiquai l'extirpation totale, en le décollant de bas en haut.

L'ovaire droit, qui était fortement kystique, fut enlevé également.

Je terminai l'opération en drainant avec un tube de Tuffier.

L'opération fut en somme assez simple ; le plus long ce fut d'éponger le liquide déversé dans la cavité abdominale.

Les suites de l'opération furent mauvaises dès le premier jour : pouls pas brillant ; nuit agitée, mais pas de vomissements. Le lendemain matin, pouls précipité, mains froides ; la nuit suivante fut aussi très agitée.

Mort vendredi matin. Inutile d'ajouter que, dès le premier jour après l'opération, on avait fait le nécessaire comme traitement médical : injection de sérum, application de glace sur le ventre, etc...

La perforation siégeait à la partie inférieure de la poche kystique ; puis à côté de cette perforation, une plaque de la largeur d'une pièce de un franc, d'aspect jaunâtre, à parois très amincies, qui était prête à se perforer.

OBSERVATION VIII

(M. Termier. — *Dauphiné Médical*, janvier 1902).

Néoplasme polykystique malin de l'ovaire avec rupture intrapéritonale du plus grand de ces kystes et réaction consécutive de la séreuse. — Laparotomie. — Marsupialisation de la poche rompue. — Mort.

Femme de 52 ans, réglée jusqu'à 48, n'ayant rien présenté d'anormal dans son histoire jusqu'au moment de la maladie

actuelle. Celle-ci débuta, il y a quelques mois, petit à petit et d'une façon très insidieuse. La malade s'aperçut que son ventre grossissait et ce fut à peu près le seul symptôme durant deux mois. Cependant l'appétit avait un peu diminué, mais il n'y eut pas d'amaigrissement notable, ni métrorrhagies, ni pertes blanches. Donc pendant plusieurs mois il y eut seulement de l'augmentation de volume du ventre et une sensation de gêne, de pesanteur au niveau du détroit supérieur.

A ce moment (novembre 1901) sans aucune cause appréciable, sauf peut-être un peu de fatigue, la maladie changea brusquement de caractère. Il y eut des douleurs dans le bas-ventre, quelques nausées, et le ventre augmenta notablement de volume en quelques heures, au point de déterminer de la dyspnée.

L'état parut s'amender un peu les jours suivants. La dyspnée s'atténua, la douleur aussi ; les nausées avaient rapidement disparu. Bref la malade put venir à mon cabinet sans trop de fatigue. C'était la première fois que je la voyais.

Facies tiré. Respiration un peu gênée. Ventre très volumineux. Au-dessous de l'ombilic, sensation de tumeur autant qu'on peut en juger malgré la tension abdominale. Pas de flot, mais matité absolue à ce niveau. Matité également dans les flancs, mais celle-ci se déplace suivant la position donnée à la malade. Météorisme considérable partout ailleurs. Pas de douleurs. Pas de paralysie du diaphragme, mais seulement gêne mécanique de ce muscle.

Au toucher, utérus remonté, fixé ; col normal ; par le rectum, il semble qu'on ait la sensation de liquide dans le cul-de-sac de Douglas.

Pas de fièvre ; constipation relative : urines rares, mais pas de difficulté de la miction.

En raison de l'augmentation brusque du volume du ventre, de l'histoire de la malade et de la matité sous-ombilicale, je portai le diagnostic de kyste de l'ovaire avec torsion du pédicule, celle-ci ayant déterminé l'augmentation du kyste, et du côté du péritoine, une réaction assez légère se traduisant par quelques douleurs, quelques nausées et l'épanchement d'un peu de liquide. En conséquence, je conseillai une laparotomie, mais sans l'exiger immédiate, la malade et son mari insistant sur ce fait que, depuis quatre jours, l'état allait en s'améliorant.

Le lendemain, allant à l'hôpital, j'appris que la malade y était entrée et que son état avait considérablement empiré depuis la veille. De fait, lorsque je la vis, un grand changement avait eu lieu. Dyspnée intense, nausées fréquentes accompagnées de régurgitations liquides (la malade ne pouvait rien manger). A l'inspection, le ventre est énorme et a augmenté beaucoup depuis la veille. Matité dans les flancs, tympanisme partout ailleurs. La tension intra-abdominale paraît extrême. Laparotomie d'urgence l'après-midi du même jour. Aussitôt le péritoine incisé, issue brusque d'un flot de liquide sanguinolent, non visqueux. L'épiploon est très congestionné, Les anses intestinales très météorisées sont très rouges et présentent des signes évidents de péritonite ; leur volume rend l'examen très difficile et on a la plus grande peine à les maintenir ; aussi je me décide à les laisser sortir et à les recevoir dans des compresses humides et chaudes.

Du côté du détroit supérieur, on trouve une tumeur multilobée du volume d'une grosse orange. Au moment où je

cherche à me rendre compte de ses connexions, il se produit à ce niveau une véritable décharge de liquide sanguinolent. Ce liquide provient de la partie antérieure de la tumeur et sort par un orifice du diamètre d'une pièce de 1 franc environ. J'agrandis rapidement cet orifice et je tombe à l'intérieur d'une poche remplie de végétations en choux-fleurs et saignantes.

La poche est revenue sur elle-même et dégonflée, mais distendue, elle recevrait facilement les deux poings et remonterait alors jusqu'à l'ombilic environ.

Les autres lobes de la tumeur pelvienne sont des kystes également, mais de plus petites dimensions et intacts. Le tout s'est développé aux dépens de l'ovaire gauche. Le ligament large gauche est envahi ainsi qu'une partie du fond utérin.

Il y a des végétations en choux-fleurs non-seulement intrakystiques, mais aussi sur la face péritonéale.

Ainsi donc, nous aurons affaire à un néoplasme polykystique malin de l'ovaire, avec rupture intra-péritonéale du plus grand de ces kystes et réaction consécutive de la séreuse.

En présence de cette lésion, je ne tente naturellement aucune manœuvre d'ablation, je me borne à tamponner, en la marsupialisant, la poche rompue et dont les végétations saignent abondamment. Les intestins sont rentrés non sans difficultés et je termine en laissant un drainage péritonéal à la gaze pour permettre au liquide épanché dans le péritoine de couler en dehors. L'opération a duré une demi-heure environ.

Les deux premiers jours après l'intervention, l'état de la malade fut un peu meilleur. Les nausées sont plus rares. Pas de température ; pas de hoquet. Les deux mèches intra-péritonéales et intra-kystiques laissent suinter du liquide en grande abondance ; pas d'hémorrhagie. Néanmoins, le troisième jour,

les nausées augmentèrent, le pouls devint petit, filiforme, et la malade finit par succomber, cinq jours après l'intervention, mais sans avoir présenté ni dyspnée, ni douleurs, ni hoquet, ni température. La constipation n'était pas absolue, la malade eut des vents et les urines remontèrent à une quantité normale, surtout après trois injections de sérum artificiel.

OBSERVATION IX

(M. Roche. — Soc. d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Bordeaux, 13 décembre 1904.)

Kyste déhiscent de l'ovaire avec ascite gélatineuse, rupture un an avant son ablation. — Quatre ponctions en un an. — Ovariectomie. — Guérison.

Célestine R..., 63 ans. Sans antécédents pathologiques personnels ni héréditaires. A eu un passé génital normal jusqu'à la ménopause, survenue à 55 ans, sans troubles. Rien à signaler, non plus, depuis la ménopause jusqu'au début de la maladie actuelle.

Il y a deux ans, la malade a remarqué que son ventre grossissait progressivement, symétriquement, et sans qu'elle en ressentît aucun trouble fonctionnel. Pas de douleurs, pas de pertes. A aucun moment la malade n'a perçu dans son abdomen une tumeur nettement limitée.

Il y a un an, à cause du volume et du poids de son abdomen on fait à la malade une première ponction qui ramène vingt-deux litres de liquide jaunâtre, visqueux, contenant des grumeaux blanchâtres, ténus.

Depuis ce moment, et jusqu'à son entrée à l'hôpital, la malade a subi quatre autres ponctions ramenant chacune de vingt à vingt-cinq litres de liquide semblable au premier. Après chaque ponction l'abdomen reprend très vite ses dimensions ultérieures. Au moment où l'abdomen est très distendu, les mictions deviennent peu fréquentes et le taux de l'urine diminue.

Jamais de fièvre. Peu d'appétit. Digestions faciles. Constipation.

Le 3 octobre 1904, la malade entre à l'hôpital dans le service de M. le professeur Boursier.

Malade d'un embonpoint moyen, ayant l'apparence de son âge. Téguments pâles ; facies terreux. Léger œdème sus-malléolaire. Pas d'adénopathie. Ventre très volumineux, étalé, retombant jusqu'à mi-cuisse, Peau très tendue, lisse ; circulation veineuse sous-cutanée très marquée des deux côtés, au-dessus et au-dessous de l'ombilic ; celui-ci est largement dilaté et saillant. La palpation n'éveille de douleur en aucun point et ne permet de sentir autre chose qu'une large fluctuation. Matité dans toute la partie inférieure de l'abdomen, remontant jusqu'à mi-chemin de l'ombilic et de l'appendice xyphoïde, limitée par une ligne à concavité supérieure, se déplaçant dans les décubitus latéraux. Il est impossible de palper aucun des organes abdominaux.

Pas de signes d'hépatisme ni de brightisme. Urines en petite quantité (300 grammes) normales comme composition.

Bronchite généralisée. Rien au cœur. Ponction le 4 octobre. On retire 26 litres de liquide huileux, visqueux, jaune pâle, avec un léger reflet opalescent et tenant en suspension de nombreuses particules blanches très ténues.

Après la ponction, l'abdomen contient encore une notable quantité de liquide. On sent dans le flanc droit, à la hauteur de l'épine iliaque antéro-supérieure, une tumeur ovoïde, semblant mesurer de 12 à 15 centimètres, dans son plus grand diamètre, tumeur lisse, un peu molle, indolore, très mobile, et donnant dans le liquide où elle flotte, la sensation très nette de ballotement.

Diagnostic : Tumeur (?) de l'ovaire droit avec ascite. Le malade est opérée le 14 octobre 1904 par M. le professeur Boursier. Laparotomie sus et sous-ombilicale. Péritoine épaissi, congestionné, recouvert par places d'un enduit pseudo-membraneux grisâtre qui se détache facilement. Il reste dans la cavité abdominale une assez notable quantité de liquide à extraire, car il n'imbègue pas la compresse, et qu'on est obligé de retirer avec la main formant cuiller.

La tumeur libre représente l'ovaire droit appendu à un pédicule large de 4 centimètres, qui est sectionné et lié. L'ovaire gauche, augmenté de volume, dur, blanchâtre est également enlevé.

La malade est actuellement guérie.

OBSERVATION X

(M. Venot. — *Journal de Médecine de Bordeaux*,
15 novembre 1903.)

Hématocèle intra-péritonéale par rupture d'un kyste hémattique de l'ovaire. — Laparotomie. — Guérison.

M^{me} G..., 24 ans, couturière, entre à l'hôpital Saint-André, salle 1, le 3 juin 1901. Bonne santé antérieure.

La menstruation s'est établie, chez elle, à l'âge de 17 ans, mais elle a toujours été irrégulière, interrompue par des périodes d'aménorrhée durant deux ou trois mois. Quand elles surviennent, les règles sont abondantes, un peu douloureuses. Pas de pertes blanches dans l'intervalle. Mictions normales ; pas de constipation. Deux grossesses à 20 ans et à 22 ans. Chaque fois, accouchement à terme, normal, douze jours de lit, pas de suites de couches pathologiques. Les règles ont conservé leur habituelle irrégularité.

Le 9 mai 1902, la malade a une hémorrhagie assez abondante, formée de sang clair, sans caillots, et, jusqu'à la fin du mois, elle ne cesse de perdre du sang. En même temps, la malade éprouve des douleurs abdominales très vives, spontanées, sans localisation bien précise, mais paraissant plus particulièrement accentuées dans la fosse iliaque droite ; pas d'irradiations.

Examen. — Palpation facile ; ventre flasque. On sent dans la fosse iliaque droite une masse grosse comme le poing, ovoïde, séparée nettement du fond utérin, un peu mobile et insensible à la palpation. En aucun point, du reste, la palpation ne détermine de douleurs.

Au toucher : col gros, mou, à peu près dans l'axe. Le corps paraît augmenté de volume ; il est dévié à gauche. A droite on trouve la tumeur sentie par la palpation ; elle est séparée de l'utérus par un sillon très net et mobile avec l'utérus. A gauche les annexes paraissent légèrement augmentées de volume ; pas douloureuses à la pression.

Au spéculum : col volumineux, congestionné ; hystérométrie facile ; 6 centimètres, ramène un petit caillot.

La malade aurait eu des troubles gastriques comme dans ses dernières grossesses, et ses seins seraient augmentés de volume.

Diagnostic. — Grossesse tubaire.

Intervention le 7 juin 1901. Laparotomie. Il s'écoule aussitôt une certaine quantité de sang fluide, noirâtre, quantité qu'on peut évaluer à un tiers de litre. Adhérences légères de la tumeur avec l'épiploon et l'appendice. Les adhérences sont détruites, l'appendice est réséqué, et l'on se trouve en présence d'une tumeur kystique largement ouverte, et dont l'ouverture est encombrée de caillots. Son ablation est facile. L'ovaire du côté opposé est gros, bourré de micro-kystes séreux : c'est un ovaire manifestement scléro-kystique. Ignipuncture. Le ventre est refermé. Suites opératoires simples.

OBSERVATION XI

(MM. Bender et Marcille. — *La Tribune Médicale*, 1904, n° 34).

Inondation péritonéale due à la rupture d'un petit kyste folliculaire hémorragique de l'ovaire. — Epanchement sanguin considérable. — Ovariectomie. — Guérison.

La nommée X... âgée de 26 ans ; entre le 8 juin 1904 dans le service de M. le professeur Tillaux ; elle présente des signes cliniques tels que l'on porte d'emblée le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue avec inondation péritonéale. Le visage est d'une pâleur extrême ; les lèvres sont décolorées ; la malade a des bourdonnements d'oreilles ; elle est considérablement affaiblie et se trouve dans un état presque syncopal. Le pouls est à peine perceptible et fuit sous le doigt ; il est rapide et bat à 150 pulsations à la minute.

Les symptômes locaux sont tout aussi caractéristiques. La malade éprouve dans tout l'abdomen une douleur vague, diffuse, s'étendant jusque sous les fausses côtes. Le ventre est légèrement ballonné, douloureux à la pression ; il existe de la matité dans les parties déclives, de la sonorité au niveau de la région ombilicale. Le toucher vaginal montre l'utérus en situation normale ; l'exploration attentive des culs-de-sac révèle un léger empatement du côté gauche ; la trompe paraît augmentée de volume. Température : 39°5.

Tous ces signes évoquaient naturellement l'idée d'une grossesse tubaire rompue, et les commémoratifs semblaient confirmer cette manière de voir. La malade raconte en effet, qu'elle a eu, il y a trois mois, un retard de règles de quelques jours ; puis les règles ont reparu, mais, depuis cette époque, elles ont été beaucoup plus abondantes et se sont compliquées de métrorrhagies intermédiaires.

Le début des accidents actuels remonte à trente-six heures.

Opération. — La laparotomie est pratiquée d'urgence.

Le péritoine ouvert, on constate qu'il s'agit bien d'une inondation péritonéale ; l'épanchement sanguin est considérable et est d'environ un litre et demi. L'hémorragie paraît arrêtée ; il existe du côté gauche un caillot du volume des deux poings situé au-dessus du ligament large. Le caillot étant enlevé, on voit les annexes augmentées de volume et congestionnées ; elles sont extirpées. Les annexes droites sont absolument saines. Les parois de la cavité pelvienne sont normales. L'opération est rapidement terminée et les suites opératoires des plus simples.

Examen des pièces.

.
Il existait à la partie supérieure de l'ovaire, au voisinage

de son extrémité externe, un petit kyste à parois très minces, à contenu hématique gros comme une noisette et qui présentait une déchirure assez large. Par cette déchirure, il fut possible d'extraire un caillot rétracté et lobulé qui n'adhérait en aucun point aux parois du kyste.

Il existait évidemment une grande disproportion entre les lésions de l'ovaire et l'abondance de l'hémorrhagie qui en était résultée. Mais comme au cours de l'opération et malgré une exploration soigneuse, nous n'avions rien trouvé qui pût nous expliquer la genèse de l'inondation péritonéale, nous fûmes conduits nécessairement et par exclusion à l'attribuer à la rupture de ce petit kyste ovarien.

.

CONCLUSIONS

1° La rupture spontanée des collections liquides de l'ovaire est un accident de leur évolution « dont il est bon d'être prévenu ».

Elle a dû se produire fréquemment durant la période où les kystes de l'ovaire n'étaient point opérés ou l'étaient tardivement. Dans les conditions actuelles, elle est plus rare, les interventions précoces étant plus fréquentes.

Elle est souvent observée pendant la puerpéralité.

2° La rupture n'est pas simplement un accident d'évolution des kystes ; elle est soumise à des causes particulières.

Le traumatisme seul ne la produit que dans des cas très rares ; il n'est généralement qu'une cause accessoire et secondaire.

Pour que la rupture survienne, il faut qu'il y ait préalablement altérations des parois du kyste. Ces altérations des parois relèvent de trois grands facteurs : l'augmentation rapide de pression, l'infection, les divers processus de dégénérescence.

3° La symptomatologie de cette complication dépend principalement de la nature du liquide épanché, de son degré de toxicité ou de septicité.

Par leur rupture, les kystes à contenu séreux ou séro-hématique, à moins qu'ils ne soient infectés, ne provoquent ordinairement pas une vive réaction péritonéale ; les kystes à contenu gélatineux ou colloïde déterminent des poussées de péritonite plus ou moins intenses, mais surtout provoquent une intoxication profonde de l'organisme.

Les kystes hémato-folliculaires rompus ne donnent pas lieu, dans la pluralité des cas, à un tableau symptomatique bien sérieux.

4° A part les cas de péritonite mortelle consécutive à la rupture de kystes à contenu septique, et de mort subite par shock ou hémorrhagie abondante, le pronostic de la rupture n'est vraiment grave que pour les kystes à contenu mucoïde, susceptibles d'ailleurs de généralisation.

En règle générale, les kystes parovariques s'atrophient et leur contenu, épanché, se résorbe. Le même processus peut également s'observer avec les autres formations kystiques à contenu séreux.

La péritonite consécutive à la rupture des kystes dermoïdes provoque d'ordinaire une issue fatale.

Pour les kystes hémato-folliculaires, le pronostic n'est sévère que si l'hémorrhagie est abondante.

5° Le pronostic de cette complication des kystes ovariens sera sensiblement amélioré dans tous les

cas, par une intervention hâtive qui consistera dans l'ablation de la poche avec ovariectomie.

Pendant l'état puerpéral, où la rupture a de si funestes conséquences, c'est encore cette opération qui donne les meilleurs résultats.

Vu : le Président de la thèse.

SECOND

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer ;
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

On trouvera la bibliographie complète de la question dans les travaux antérieurs. Nous ne mentionnerons que les publications et ouvrages parus depuis 1900.

ALCOOK (R.). — A case With comments ; ruptured ovarian cyst. ovariectomy, death in nine months from peritoneal sarcoma. Practitioner Lond., 1904, LXXII, 596-600

BARNESBY (H.). — Sur trente-deux cas de cysto-épithéliomes de l'ovaire. IV^e Congrès nat. de Gyn. Péd. et Obst., de Rouen, 1904, in Revue de Gynéc. et Chir. abd., 1904, p. 477.

— Kyste Dermoïde de l'ovaire ouvert spontanément dans la vessie. Congrès Assoc. franç. de Chir., 2-7 oct. 1905, in Presse Médicale, 1905, p. 679.

BATTLE (W.H.). — Ruptured ovarian cyst. with an inguinal hernia. Medic. Press. et Circ. Lond., 1905, LXXIX, 221.

BAUBY et CASTAN. — Kyste hématique des deux ovaires. Gaz. des Hôp., Paris, 1903, LXXVI, 169-195.

BENDER et MARCILLE. — Inondation péritonéale due à la rupture d'un petit kyste folliculaire hémorragique de l'ovaire. Tribune Méd. Paris, 1904, XXV, 533.

BILLINGTON (W.). — A case of recovery after operation for rup-

- ture of an ovarian dermoïd. *Birmingh. Med. Rev.*, 1904, LVI, 420.
- BOLDT (H.-J.): — Ruptured ovarian cyst probably caused by the rupture of a small secondary cyst. within the large on which had large blood vessels, these causing very profuse hemorrhages death from shock a few hours late. *Am. J. Obst., N.-Y.* 1903, XLVII, 359.
- CANN (Mc.). — Spontaneous rupture of simple ovarian cyst. *West. Lond. Med. Journ. London*, 1903, VIII, 285-89.
- CHAVANNAZ. — Kystes sanguins des deux ovaires à grand développement. *Soc. gynéc. obst. pœd.*, 1903.
- DAINVILLE (Fr.). — Kyste suppuré de l'ovaire. Rupture intrapéritonéale. *Bulletins Soc. Anat.* 1903. LXXVIII, p. 457.
- DANIEL (C.). — Des ruptures traumatiques intra-péritonéales des grands kystes de l'ovaire. *Arch. gén. Médecine*, Paris, II, 1749. 62.
- DYCK (J. VAN.). — Intra ligamentare ruptur eines ovarialkystoms nebst bemerkungen über intra ligamentar entwicklung. *Beitr. Z. Geburtsh. u. gynak. Leipz.* 1901, IV, 273.90.
- ELDER (G.). — Ruptured ovarian cyst. *Beitr. gynæc. J. Lond.* 1905, XX, 364.
- ENGLAND (F. R.). — Ovarian tumour; obscure symptom: rupture; operation. *Canada. M. Rec. Montréal*, 1903. XXXL. I.
- FOSSARD (H.). — Rupture spontanée des kystes de l'ovaire. Thèse Paris, juin 1901.
- HAULTAIN (F.-W.). — On intra peritoneal rupture of simple

- ovarian cyst with special reference to operative treatment. Edimb. M. J., 1901, IX, 124, 129.
- HEITZ et BENDER. — Cysto-épithéliome des deux ovaires. Propagation à l'épiploon. Greffe secondaire sur la muqueuse utérine. Bull. Soc. Anat. Paris 1900, II, 963.66.
- JACOBS. — Rupture spontanée d'un kyste ovarique pendant la chloroformisation. Progrès méd. belge. Bruxelles. 1904, VI, 175.
- JEWETT (C.). — Ruptured dermoïd cyst. peritonitis ; operation ; Recovery. Brooklyn. M. J. 1903, XVII, 283.
- LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — Traité Médico-Chirurgical de gynécologie, 3^e édition, 1904.
- LEJARS. — Traité de Chirurgie d'urgence, 3^e édition 1901.
- LEO. — Ruptures spontanées multiples et totales des poches d'un kyste multiloculaire à contenu gélatiniforme. Bull. Soc. Anat. Paris, 1902, IV, 451-452.
- MORISSON (J.). — Three cases of ruptured suppurating ovarian tumours : with notes on after treatment. St. Barth. Hosp. J. Lond. 1903-1904, XI, 91-96.
- MORTON (C.-A.). — The production of numerous cysts in the peritoneal cavity and abdominal wall after rupture of ovarian cysts. Practitioner Lond. 1904, LXXIII, 654.
- NIEBERGALL. — La complication des tumeurs de l'ovaire par la grossesse, l'accouchement et l'état puerpéral. Correspondenz Blatt fur Schweizer Aertze, 1900, n^o 15, p. 478, et analyse de l'auteur in Gynækol. Helvetia, 1901, p. 113.
- OLIVER (J.-H.). — Rotura traumatica de un quiste de l'ova-

- rio. Rev. Méd. de Uruguay. Montevideo, 1903, VI, 69-74.
- PETERSON (R.). — De l'infection dans les kystes de l'ovaire. American. J. of Obstetr., 1902, XLV, p. 802. Rev. Chir. abd. et Gynécologie, p. 903, p. 336.
- POLAK (J.). — Ruptured ovarian cyst. — Complicating pregnancy. Brooklyn M.-J. 1905, XIX, 167-168.
- POTHERAT et LUTAUD. — Rupture spontanée d'un kyste de l'ovaire. J. de Méd., de Paris, 1904, XVI, 150-153. Rev. prat. d'Obst. et Gynéc. Paris, 1904, 97-105.
- POTIER. — Etude anatomique et pathogénique des kystes hématiques primitifs de l'ovaire. Rev. Chir. et Gynéc., 1903, p. 783.
- POZZI. — Traité de Gynécologie, 4^e édition, 1905.
- RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Précis d'Obstétrique, 6^e édition, 1904.
- ROCHE (R.). — Kyste déhiscent de l'ovaire avec ascite gélatineuse. J. de Méd. de Bordeaux, XXXV, 98, 1905.
- TERMIER. — Tumeur kystique de l'ovaire rompue dans le péritoine. Dauphiné Médic. Grenoble, 1902, XXVI, 11-14.
- VENOT (A.). — Hématocèle intra-péritonéale par rupture d'un kyste hématique de l'ovaire. J. de Méd. de Bordeaux, XXXIII, 1903, 733.
- VILLAR. — Rupture intra-péritonéale d'un kyste gélatineux de l'ovaire gauche. Rev. Mens. de Gynéc. Obst. et Péd. de Bordeaux, 1900, II, 461-465.
- WITHROW (J.-M.). — Parovarian Cyst. weighing twenty, five

pounds ; ruptured and reformed after seven years.
Lancet. Clinic. Cincin, 1905, LX, 549.

YOUNG (G.-B.). — The intra-abdominal rupture of ovarian
cyst. with report of a case. Boston M. et S. J. 1904,
235-240.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	7
CHAPITRE I. — Historique et fréquence de la rupture.....	11
CHAPITRE II. — Considérations étiologiques et patho- géniques.....	15
§ 1. — Traumatismes.....	15
§ 2. — Altérations des parois kystiques.....	20
CHAPITRE III. — Des formes cliniques principales de la rupture.....	27
Rupture intra-péritonéale.....	28
§ 1. — Rupture des kystes à contenu séreux ou séro-hématique.....	28
§ 2. — Rupture des kystes à contenu mucoïde.....	33
§ 3. — Rupture des kystes hématiques et fol- liculaires.....	37
CHAPITRE IV. — De l'évolution et du pronostic de la rupture.....	39
§ 1. — Pronostic immédiat.....	39
§ 2. — Pronostic éloigné.....	43
1) Le kyste peut s'atrophier.....	43
2) Le kyste peut récidiver.....	43
3) Le kyste peut généraliser.....	44
CHAPITRE V. — Du traitement de la rupture.....	47
OBSERVATIONS.....	51
CONCLUSIONS.....	83
BIBLIOGRAPHIE.....	87
TABLE DES MATIÈRES.....	92

